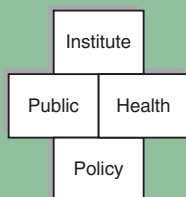


СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНА ПІДТРИМКА КЛІЄНТІВ ПРОГРАМ ЗАМІСНОЇ ПІДТРИМУВАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ

Методичні рекомендації

Київ – 2008



Авторський колектив

Тетяна Семигіна, доктор філософії,
магістр соціальної роботи

Сергій Дворяк, кандидат медичних наук

Андрій Карачевський, кандидат медичних наук

Алла Бойко, магістр соціальної роботи

Лілія Дума, магістр соціальної роботи

Світлана Філь, магістр соціальної роботи

Ірена Грига, кандидат медичних наук

Наукове редагування

Сергій Дворяк, кандидат медичних наук

Організація-розробник

**Український інститут досліджень політики
щодо громадського здоров'я**

Це видання було підготовлено до друку Українським інститутом досліджень політики щодо громадського здоров'я в рамках проекту «Організаційно-методичний супровід програм замісної підтримувальної терапії (ЗПТ) у рамках програми «Подолання епідемії ВІЛ/СНІД в Україні»; розвиток Українського ресурсного центру ЗПТ».

Продукція видана за фінансової підтримки МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» в рамках реалізації національної програми «Подолання епідемії ВІЛ/СНІД в Україні».

Викладені тут думки та точки зору є думками та точками зору організації, яка видала цю продукцію, та не можуть розглядатися як думки або точки зору МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні».

ЗМІСТ

Скорочення, що вживаються у тексті

Вступ 6

Розділ 1.

Стратегія зменшення шкоди як чинник профілактики поширення епідемій ВІЛ/СНІД та наркоспоживання

1.1. Концепція зменшення шкоди 9

1.2. Основні принципи стратегії зменшення шкоди: 10

Розділ 2.

Особливості здійснення програм замісної підтримувальної терапії

2.1. Суть і завдання замісної підтримувальної терапії 12

2.2. Організація програм замісної терапії 15

2.3. Мультидисциплінарний підхід.
Роль фахівців у програмі замісної терапії 18

2.4. Правові аспекти програм замісної терапії 21

Розділ 3.

Соціальний супровід клієнтів програм замісної підтримувальної терапії

3.1. Соціальний супровід. Процес соціального супроводу 24

3.2. Планування роботи з клієнтом 26

3.3. Здійснення втручання та його завершення 31

Розділ 4.

Індивідуальне консультування клієнтів ЗПТ

4.1. Психологічне консультування. Мета, основні принципи та структура консультування 36

4.2. Індивідуальне консультування клієнтів ЗПТ 42

4.3. Консультування клієнтів з подвійною проблемою (СІН та ВІЛ) 45

4.4. Базові навички консультування 47

4.5. Ключові техніки консультування 52

4.6. Поведінкові втручання 57

4.7. Мотиваційний підхід у роботі з наркозалежними 62

Розділ 5.

Групова робота

5.1. Особливості групового консультування.....	65
5.2. Групова динаміка	67
5.3. Організація і проведення групової роботи.....	68
5.4. Групи взаємодопомоги	72
Література	75

Скорочення, що вживаються у тексті

АА	Анонімні алкоголіки
АН	Анонімні наркомани
АРВ	Антиретровірусний
АРТ	Антиретровірусна терапія
ВААРТ	Високо активна антиретровірусна терапія
ВІЛ	Вірус імунодефіциту людини
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ЗПТ	Замісна підтримувальна терапія
ЗПСШ	Захворювання, що передаються статевим шляхом
ЗШ	Зменшення шкоди
ЛЖВС	Люди, які живуть із ВІЛ/СНІДом
ЛПЗ	Лікувально-профілактичний заклад
МДК	Міждисциплінарна комісія
МКХ-10	Міжнародна класифікація хвороб 10-го перегляду
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я
НА	Narcotikus anonimus (Анонімні наркомани)
НДО	Недержавна організація
ОІ	Опортуністичні інфекції
ПАР	Психоактивна речовина
ПЗТ	Препарат замісної терапії
СІН	Споживач ін'єкційних наркотиків
СНІД	Синдром набутого імунодефіциту
ЮНЕЙДС (UNAIDS)	Об'єднана програма ООН із ВІЛ/СНІДу
ЮНІСЕФ	Дитячий Фонд ООН

Рівень інфікування ВІЛ через споживання ін'єкційних наркотиків у світі складає в середньому 10 %. У багатьох країнах Західної Європи цей показник вдалося знизити до 1-2 % саме завдяки програмам зменшення шкоди та ЗПТ, що почали масово впроваджуватися у 90-х роках минулого сторіччя.

В Україні ситуація критична. За даними Міністерства охорони здоров'я України, на 01.01.2007 року кількість наркозалежних, що перебували на диспансерному наркологічному обліку, складала 84 325 осіб (179,03 на 100 тисяч населення). А за деякими незалежними оцінками, кількість СІН в Україні складає від 325 до 425 тис. осіб. Сьогодні 63 % усіх зареєстрованих випадків ВІЛ серед дорослих пов'язані саме з ін'єкційним вживанням наркотиків.

На сьогодні є всі підстави констатувати, що фактично в Україні паралельно і, значною мірою, взаємопов'язано, розвиваються дві епідемії – ВІЛ/СНІД та наркоспоживання. На перших етапах епідемії ВІЛ/СНІД (1996-98 рр.) майже 90 % уражених ВІЛ були саме СІН, відповідно епідемія розвивалась завдяки їхній ризикованій поведінці, а саме через використання спільних голок та шприців. Не зважаючи на застосовані заходи профілактики, ще й досі велика кількість СІН (за різними джерелами від 35 до 60 %) практикують спільне користування ін'єкційним обладнанням, що підтримує розвиток епідемії і не дозволяє взяти її під повний контроль. Таким чином, хоча в останні роки, порівняно із початком епідемії, зростає питома вага гетеросексуального шляху передачі ВІЛ, ін'єкційний шлях залишається найважливішим за своїм впливом на епідемію – зараз відсоток СІН серед щойно інфікованих осіб складає приблизно 50 %. Завдяки ін'єкційній поведінці розповсюджуються також гепатити В та С. Розрахунки свідчать, що на гепатит В в Україні страждають 55-60 % СІН, а на гепатит С – близько 90 %.

Президент України, занепокоєний зростанням наркотизації та епідемії ВІЛ/СНІДу в державі, видав указ «Про додаткові невідкладні заходи щодо протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні», в якому особливу увагу приділив питанню впровадження програм замісної підтримувальної терапії для СІН [1].

Науково доведено, що ефективне лікування наркозалежності виступає одним з потужних елементів профілактики розповсюдження ВІЛ/СНІД. У країнах, де сповідують сучасні принципи поводження із споживачами наркотиків, де замість репресивних переваг надається медичним та психосоціальним заходам підтримки, епідемію вдається стримувати. Дійсно, якщо наркоспоживач отримує якісне лікування, він перестає бути джерелом, що підживлює епідемію. І при цьому не має жодного значення, сам він був винний у своєму захворюванні, чи хтось інший. А якщо він не отримує такого лікування, він і далі є джерелом для нових випадків і сприяє зростанню снігової кулі епідемічного процесу. Слід згадати, що у світі давно вже визначилися з цим питанням – лікувати чи не лікувати наркозалежних. І йдеться лише про те, які методи лікування є найбільш ефективними та доступними.

Виділяють кілька моделей чи типів програм надання медичної та психосоціальної допомоги СІН. Усі їх можна поділити на:

- програми, орієнтовані на повну відмову від наркотика. Їх надають у наркологічних лікарнях, диспансерах або реабілітаційних центрах. В лікарнях, як правило, використовують переважно фармакотерапію та обмежено психосоціальні заходи, тоді як у реабілітаційних центрах – тільки психосоціальні;
- замісна терапія агоністами (підтримувальна або детоксикаційна). Після детоксикації потрібно проводити курс реабілітації. У рамках ЗПТ слід також застосовувати психосоціальні заходи, але застосування цих заходів планують разом із хворим.

Оскільки не існує такого методу лікування, який би міг вважатися прийнятним та ефективним для всіх наркозалежних, сучасна наркологія виходить з того принципу, що лікування має бути комплексним та складатися з медико-фармакологічних та психосоціальних заходів. Водночас переважна більшість експертів, а разом із ними такі організації як ВООЗ чи ЮНЕЙДС, визнають, що найкращім з точки зору ефективності при опіоїдній наркозалежності є застосування замісної підтримувальної терапії. Завдяки стабілізації фізичного та психосоціального статусу хворих стає можливим суттєве розширення ВААПТ серед ВІЛ-інфікованих наркозалежних, а також утримання їх в лікуванні СНІДу та опортуністичних інфекцій [2].

В Україні вже понад чотири роки здійснюється замісна підтримувальна терапія; стало більш доступнішим і ВААРТ. Це, поряд із можливістю покращення фізичного стану здоров'я, викликало нові потреби в житті СІН та їхнього найближчого оточення, а також особливу потребу клієнтів ЗПТ в постійній професійній консультативній, інформаційній, соціальній, психологічній та емоційній допомозі. Накопичено значний досвід здійснення соціального супроводу та проведення психологічної підтримки таких хворих. Відтак дане видання призначене для тих, хто залучений до здійснення соціально-психологічної реабілітації у програмах замісної підтримувальної терапії. У ньому містяться загальні огляди стратегії зменшення шкоди і замісної терапії, представлено такі форми роботи як соціальний супровід, надання індивідуальних та групових консультацій, організація груп самопомогі та багато іншого.

Розділ 1.

Стратегія зменшення шкоди як чинник профілактики поширення епідемій ВІЛ/СНІД та наркоспоживання

1.1. Концепція зменшення шкоди

В останні десятиріччя набула популярності концепція зменшення шкоди (Harm Reduction), теоретичні засади якої розроблено в Англії в 1986 році. Її суть полягає в сприянні редукції проблем, пов'язаних із вживанням наркотиків шляхом ін'єкцій, Стратегія ЗШ концентрує зусилля на покращенні здоров'я серед СІН та взагалі у суспільстві. Повна відмова від вживання наркотиків розглядається як бажана, але не надто реалістична мета. Тому зусилля фахівців зосереджуються на тих заходах, що безпосередньо впливають на кількість небажаних наслідків, від споживання наркотиків ін'єкційним шляхом: передозування, передача вірусів чи інших інфекційних агентів через кров, криміналізація та десоціалізація СІН.

Програми ЗШ включають такі компоненти:

- масштабне впровадження замісної підтримувальної терапії – ЗПТ (за рекомендаціями ВООЗ, вважається оптимальним варіантом, коли програмами ЗПТ охоплено близько 50 % усіх залежних від опіоїдів);
- організація доступу до стерильних шприців та голок;
- забезпечення інших профілактичних заходів, таких як аутрич-робота (вулична соціальна робота), освіта «рівний-рівному», психологічне консультування, тестування на ВІЛ та ЗПСШ;
- профілактика передозувань;
- організація груп самопомогі СІН.

Заходи ЗШ слід інтегрувати у лікувальний процес, коли йдеться про ВААРТ для СІН. З іншого боку, через програми ЗШ можливо встановлювати стосунки із групами СІН та залучати їх до лікування, зокрема до ЗПТ та ВААРТ.

1.2. Основні принципи стратегії зменшення шкоди:

- 1 мінімізувати наскільки можливо шкідливі наслідки та соціальні проблеми, що виникають у зв'язку з уживанням наркотиків;
- 2 зменшити поширеність споживання опіоїдів в небезпечних кількостях і небезпечними способами в групі;
- 3 попередити залучення нових споживачів, особливо молодих людей і підлітків, до небезпечного для життя і шкідливого для здоров'я споживання наркотиків.

Новизна цього підходу полягала в тому, що акцент переносився з факту вживання наркотиків на небезпечні наслідки і специфічні проблеми, викликані їх прийомом.

Стратегія ЗШ як модель ставлення до проблеми вживання наркотичних речовин існує поряд із психіатричною, соціокультурною, моралістичною, медичною моделями та принципово відрізняється за своєю філософією. Стратегія ЗШ оцінює профілактику ВІЛ-інфекції як пріоритетну задачу і є політикою, яка починається з усвідомлення того, що наркотичні речовини не зникнуть і що у нас немає іншого вибору, крім необхідності навчитися жити з ними так, щоб вони чинили якомога менше шкоди. Це також політика, яка ґрунтується на здоровому глузді, наукових даних, піклуванні про здоров'я населення та права людини.

Модель ЗШ не дає жодних оцінок та суджень стосовно вживання наркотичних речовин, яке вона розглядає як один із способів соціальної поведінки, що розвивається від експериментів з наркотичними речовинами – до вимушеного їх вживання. Ця модель спрямована на зменшення шкідливих наслідків від вживання наркотичних речовин для усіх споживачів, включно із допомогою тим людям, котрі хочуть припинити вживання.

Найважливішим завданням програм ЗШ є встановлення та підтримання контактів зі споживачами наркотичних речовин з метою надання їм допомоги. Модель виходить із того, що через криміналізацію наркотичних речовин наслідки їх вживання стають ще загрозливішими й шкідливішими, оскільки споживачі фактично ведуть кримінальний спосіб життя. Мета програм зменшення шкоди – докласти зусиль, щоб у споживачів наркотичних речовин було якомога менше проблем зі здоров'ям, у сім'ях та у стосунках з оточуючими,

щоб вони могли вести соціально активне життя, працювати, незалежно від того, вживають вони наркотики чи ні. При цьому в роботі програм зайняті як професіонали, так і колишні та активні споживачі. Програми ЗШ не ставлять перед клієнтом вимоги зниження рівня споживання. В основі цієї філософії лежить ідея про те, що споживачі наркотичних речовин мають такі самі права на свободу, економічну стабільність та піклування про здоров'я, як і ті, хто не є споживачами. Пропоноване програмами ставлення до клієнта як до рівного члена суспільства, а не як до кримінального елемента, привело до того, що більше споживачів почали звертатись за допомогою, в тому числі й медичною.

Загальні цілі профілактичних програм, заснованих на ідеях ЗШ – це підвищення рівня знань про ризиковані типи поведінки та їхні наслідки; навчання ефективним навичкам подолання ризикованих ситуацій, пов'язаних із наркотичними речовинами та сексуальною практикою; підтримка поведінки, що сприяє оздоровленню та зменшенню ризику [3].

Виходячи з позицій громадського здоров'я, тих, хто надає допомогу хворим на ВІЛ/СНІД, цікавить не тільки успіх лікування ВІЛ-інфікованих, але й зниження темпів розповсюдження епідемії, тобто профілактика. ВІЛ-позитивні особи мають не лише отримати якісну допомогу, але й бути залученими до певних профілактичних програм, що мають на меті сприяти зміні їхньої ризикованої поведінки, аби вони не ставали джерелом нових випадків зараження ВІЛ, а також запобігання реінфікуванню. Лікування наркозалежності також має включати елементи профілактики. При цьому, вона повинна здійснюватися так само професійно, як і лікування та догляд. Лікарі, соціальні працівники, консультанти із залежності мають однозначно засвоїти, що від того, наскільки ретельно виконуються профілактичні заходи, залежить, чи буде розповсюджуватися епідемія, або ж її вдасться взяти під контроль [2].

Отже, ЗШ – це стратегія профілактики негативних медичних, соціальних, економічних та правових наслідків серед СІН, які не можуть чи не готові відмовитися від вживання, спрямована на вирішення першочергових проблем та зменшення ризику, асоційованого з ін'єкційним вживанням, передусім ризику зараження ВІЛ.

Розділ 2.

Особливості здійснення програм замісної підтримувальної терапії

2.1. Суть і завдання замісної підтримувальної терапії

Замісна терапія є формою медичної допомоги, що базується на застосуванні подібної чи ідентичної речовини при лікуванні опіоїдної залежності. Ця речовина (агоніст) має властивості, подібні до опіоїдів.

Зараз вже є загальноновизнаним фактом, що синдром залежності формується під впливом найрізноманітніших чинників біологічного, психологічного і соціального характеру. У разі опійної залежності фізіологічна складова має величезне значення. Встановлено, що тривалий прийом нелегальних опіоїдів істотно порушує роботу головного мозку, особливо структур пов'язаних з опіатними рецепторами і обміном ендорфінів. Тривале вживання опіоїдів призводить до формування синдрому відміни («ломки») – він складається з нестримного потягу до наркотика та певних психовегетативних розладів. Це призводить до рецидивів, повернення в середовище споживачів і, як наслідок, до ризикованої (ін'єкційної) поведінки.

Контрольоване призначення відповідної дози препарату дає можливість нормалізувати роботу головного мозку, запобігти розвитку синдрому відміни і блокувати потяг. Все це дозволяє пацієнту повністю припинити вживання нелегальних опіоїдів і дає добрий шанс для позитивних змін поведінки.

Залежність від заборонених опіатів є серйозним станом, з яким пов'язують високу захворюваність, зокрема на ВІЛ/СНІД та інші інфекційні хвороби (гепатити В, С), а також високий ризик смерті. У багатьох країнах ін'єкції є головною причиною ВІЛ-інфікування серед споживачів опіатів через спільне використання забрудненого ін'єкційного інструментарію з ризиком поширення інфекції на загальне населення через їхніх статевих партнерів та передачі інфекції від матері до дитини. На додаток, опіоїдна залежність вважається одним із головних чинників, що сприяють бідності, злочинності, розпаду сімей, а також збільшують обсяг державних видатків. Людині, яка стає

залежною від опіатів, важко контролювати свою поведінку внаслідок нав'язливого потягу до певної хімічної речовини. Це призводить до пошуку наркотика й повторного вживання – навіть попри негативні соціальні та медичні наслідки. Нині існує широкий спектр методів лікування; для більшості людей з опіоїдною залежністю замісна терапія є найбільш успішним із них.

Регулярно вживаний наркотик замінюють агоністом з метою переведення залежності в контрольовану форму. Використання агоністів полегшує більшість симптомів відміни, а також зменшує медичний та соціальний ризик. Коли замісна терапія надається за правильною схемою дозування, вона зменшує потяг до опіатів.

Найчастіше при замісній терапії використовують препарати **метадон** та **бупренорфін**.

Головними ефектами **метадону** є полегшення жаги до наркотика, пригнічення синдрому відміни та блокування ейфоричних ефектів, пов'язаних із героїном. Унаслідок того, що опіоїдна залежність має хронічний характер, більшість пацієнтів потребує високих доз препарату та невизначеної тривалості лікування. Було визнано, що підтримувальне лікування метадоном медично безпечно і не спричинює седативного ефекту.

Окрім метадону, у замісній терапії використовують також препарат **бупренорфін**, що має подібні до метадону властивості. Деякі експерти віддають перевагу бупренорфіну при лікуванні молодих споживачів наркотиків, а метадону – при довгостроковому лікуванні споживачів із більшим стажем. Бупренорфін також виглядає кращим засобом для призначення лікарями загальної практики, тому що в більшості країн він не відноситься до списку наркотиків, та не призводить до пригнічення дихання. З іншого боку, прийом метадону легше контролювати; до того ж, у більшості країн він є набагато дешевшим за бупренорфін.

Головними перевагами замісної терапії у контексті профілактики ВІЛ/СНІДу є контрольоване вживання замісних препаратів переважно в умовах медичного закладу: по-перше, перехід від неочищених, заборонених наркотиків до очищених фармацевтичних препаратів; по-друге, зміна шляху вживання наркотика з ін'єкційного на менш шкідливий – як-от через рот всередину чи під язик; по-третє, підтримка контакту з медичними та соціальними службами.

Цінність ЗПТ полягає в можливості, яку вона надає залежним СН щодо зменшення ризикованої поведінки та стабілізації їхнього життя в медичному та соціальному сенсі. Зазвичай таку терапію розглядають як прийнятний варіант допомоги тим СН, які вважають припинення вживання наркотика та повне утримання від нього заважким для себе і фактично не в змозі припинити вживання, навіть якщо прагнуть це зробити. Бажано, щоб препарати ЗПТ мали більшу тривалість дії (період фармакологічного напіврозпаду), ніж наркотик, який вони замінюють, задля відкладення появи синдрому відміни та зменшення частоти застосування. Це дозволяє людині концентрувати увагу на звичайній повсякденній діяльності без потреби в отриманні та вживанні препарату. Більше того, заміна всіх заборонених наркотиків на призначений препарат допомагає знизити злочинну активність, змінити спосіб життя.

Основні цілі замісної терапії:

- допомогти пацієнтові покращити стан здоров'я;
- зменшити частоту вживання заборонених наркотичних речовин;
- допомогти вирішувати проблеми, пов'язані зі зловживанням наркотиками, а саме: юридичні, соціальні, сімейні тощо;
- зменшити рівень ризикованої поведінки, пов'язаної зі зловживанням наркотиками, зокрема, ризик смерті від передозування, інфікування ВІЛ, вірусами гепатитів В, С та іншими інфекціями, що передаються через кров та статевим шляхом;
- зменшити тривалість епізодів зловживання наркотиками;
- зменшити ймовірність рецидиву — повернення до зловживання вуличними наркотиками в майбутньому;
- зменшити кримінальну активність, пов'язану з вживанням заборонених наркотиків;
- стабілізувати стан пацієнта на препараті-заміннику;
- частіше звертатися по медичну допомогу в зв'язку із соматичними та іншими розладами;
- покращити особистий стан, поліпшити сімейне становище, відновити соціальні функції.

Окрім суто медичних інтервенцій, хворий має отримати певні соціально-психологічні послуги, а саме:

- консультування з питань ВІЛ/СНІД;

- надання психологічної підтримки;
- сприяння в оформленні субсидій;
- сприяння в отриманні медичної допомоги;
- догляд вдома за ЛЖВС, які перебувають на термінальній стадії захворювання;
- залучення до груп самодопомоги;
- надання засобів профілактики та гуманітарної допомоги;
- організація дозвілля та розваг.

Значення ЗПТ і її застосування істотно посилилося, починаючи з 1987 року, після початку епідемії ВІЛ/СНІДу. Було доведено, що замісна терапія значно зменшує ризик розповсюдження цієї інфекції, а також гепатитів В і С. Зараз у світі в програми замісної терапії залучено понад 500 тисяч пацієнтів. Найбільша кількість їх у США – близько 200 тис., в країнах Європи – до 300 тис., у Австралії – 20 тис. Підтримувальне лікування з успіхом проводять в країнах Азії: Ірані, Китаї, Таїланді. Останніми роками замісну терапію почали застосовувати країни Східної Європи і нові держави колишнього СРСР. Сьогодні ЗПТ застосовується в Литві, Латвії, Естонії, Киргизстані, Грузії тощо. Таким чином, ця терапія довела свою ефективність у країнах з різною культурою та економікою.

2.2. Організація програм замісної терапії

Лікування наркозалежності у програмах ЗПТ має включати такі етапи:

- 1 етап обстеження, призначення ЗПТ та індукції;
- 2 етап стабілізації;
- 3 підтримувальний етап та ресоціалізація;
- 4 етап детоксикації та реабілітації.

Ще до початку програми ЗПТ кандидат має отримати повну інформацію з роз'ясненням його прав, головної мети та процедур ЗПТ. Тобто до програми потрапляють вже належним чином поінформовані особи, які дали свою згоду на участь у ЗПТ.

На першому етапі пацієнта оглядає лікар центру ЗПТ з метою діагностики синдрому залежності від опіоїдів в активній фазі: лікар збирає необхідну анамнестичну інформацію, проводить огляд, за

необхідності призначає уриноконترول на наявність опіатів або пропонує пацієнту системний налоксоновий тест. Після цього пацієнт отримує консультацію соціального працівника. За наявності показань та відсутності протипоказань до ЗПТ пацієнта ще раз усно детально інформують про властивості ЗПТ, її правила, права та обов'язки пацієнтів і персоналу, процедури утримання в програмі та виписки з неї. Після цього пацієнт пише письмову заяву про включення його до програми ЗПТ, яка розглядається МДК.

Включення пацієнтів до програми ЗПТ здійснюється МДК за поданням лікаря центру ЗПТ. На засідання комісії подають паспорт пацієнта (або, в разі відсутності, інший документ, що засвідчує особу), записи лікаря та соціального працівника із обґрунтованим діагностичним рішенням, дані лабораторних досліджень, якщо вони проводились, та письмову заяву пацієнта. Комісія має право у разі необхідності викликати пацієнта для додаткового огляду.

Крім включення до програми комісія визначає основні завдання та план лікування. Стосунки пацієнта й персоналу програми мають бути оформлені спеціальним терапевтичним контрактом (або поінформованою згодою), де зазначено порядок лікування, вимоги до пацієнта й персоналу, а також порядок добровільної або адміністративної виписки. Клієнти програми проходять стандартне обстеження, яке включає загальний аналіз крові та сечі, флюорографію органів грудної клітини, ЕКГ, RW, цукор крові, ГГТ, біохімічне дослідження крові (печінкові проби). Для жінок обов'язковим є огляд гінеколога.

Такі обстеження повторюються 1 раз на 6 місяців. Дослідження на ВІЛ проводиться тільки за згодою пацієнта.

На кожного учасника ЗПТ лікар заводить амбулаторну карту затвердженого зразка, де веде свої записи. Пацієнти отримують спеціальне посвідчення учасника програми.

Очевидно, що встановити оптимальний період лікування для всіх хворих складно. Мінімальна тривалість лікування, підтверджена клінічними дослідженнями – 6 місяців. Максимальна – десятки років. Закінчення лікування за відсутності проблем із здоров'ям пацієнта, повинно бути обговорено з ним і його родичами або довіреною особою.

У програмі ЗПТ передбачено планову виписку та виписку в адміністративному порядку. Планова виписка здійснюється після до-

сягнення терапевтичних цілей і повної детоксикації (поступового зниження дозувань та припинення прийому бупренорфіну чи метадону), яка проводиться тільки за згодою хворого. Адміністративна виписка здійснюється в таких ситуаціях:

- неможливість продовжувати лікування внаслідок відсутності пацієнта (зміна місця проживання, тюремне ув'язнення тощо);
- грубе порушення режиму та правил ЗПТ (погрози та агресія на адресу персоналу, спроби крадіжки ЗП або його використання не за призначенням, торгівля наркотичними засобами у приміщеннях центру ЗПТ або неподалік);
- систематичний пропуск візитів у клініку (понад 10 днів протягом місяця);
- рішення міждисциплінарної комісії у випадку неефективності ЗПТ.

Адміністративна виписка проводиться після розгляду протоколу порушення режиму міждисциплінарною комісією. Рішення комісії фіксується письмово. У випадку грубих порушень режиму (погрози та агресія на адресу персоналу, спроби крадіжки ЗП, торгівлі наркотичними засобами), та відсутності у програмі ЗПТ понад 14 днів без поважної причини, пацієнта відразу виписують з програми. У випадку менш грубих порушень режиму призначається виписка після курсу короткотермінової детоксикації (поступове зменшення дози ЗП протягом 7-14 днів) [2].

Керівний принцип, за яким мають бути організовані всі заходи для лікування та реабілітації хворих на наркозалежність, є таким: права та гідність пацієнтів понад усе. На практиці це має означати, що жодні міркування щодо громадської користі не можуть виправдовувати ставлення до пацієнтів як до злочинців або соціально неприйнятних суб'єктів. Лікування від наркозалежності не має нічого спільного ані з покаранням, ані з вихованням. Усі працівники, що надають допомогу, мають ставитися до пацієнтів як до дорослих та відповідальних осіб, поважаючи їхню гідність та сприймаючи їхній вибір щодо способу життя.

2.3. Мультидисциплінарний підхід. Роль фахівців у програмі замісної терапії

У процесі здійснення ЗПТ втілюється **мультидисциплінарний підхід**, коли фахівці з різних галузей знань працюють скоординовано над наданням послуг одному й тому ж клієнтові і в такий спосіб забезпечують комплексність допомоги. До складу мультидисциплінарної (багатопрофільної) команди входять сертифікований лікар-нарколог (або інший лікар, який пройшов спеціальну підготовку), медсестра, соціальний працівник та психолог або консультант з проблем хімічної залежності, може входити лікар-інфекціоніст, фтизіатр та інші спеціалісти. Кожен з них виконує свою роль у лікувально-реабілітаційному процесі.

Лікар центру ЗПТ:

- оцінює стан пацієнта згідно з діагностичними критеріями МКХ-10 та приймає діагностичні рішення;
- визначає необхідне дозування замісного препарату та коригує його у разі необхідності. Також призначає інші ліки (включно з психотропними), якщо мають місце супутні психіатричні розлади;
- контролює стан пацієнта, вносить необхідні корективи у фармакологічні та соціально-психологічні інтервенції. У разі потреби направляє пацієнтів на консультації та для лікування в інші ЛПЗ;
- бере участь у роботі лікарської комісії з доцільності призначення наркотичних засобів, ЛКК та міждисциплінарної комісії (МДК);
- проводить консультації пацієнтів центру ЗПТ, які потрапили у соматичні стаціонари внаслідок хвороби або травми. Спільно з лікарями цих ЛПЗ приймає рішення щодо продовження ЗПТ та визначає дозу ЗП;
- готує пропозиції до міждисциплінарної комісії щодо виписки пацієнтів центру ЗПТ та надання можливості отримання ЗП за рецептом.

Медсестра:

- виконує призначення лікаря, здійснює дозування ЗП згідно з призначенням та безпосередньо контролює його прийом пацієнтами;

- забезпечує дружню підтримувальну атмосферу у центрі ЗПТ;
- стежить за соматичним та психічним станом пацієнтів і доповідає лікарю про помічені зміни;
- фіксує за відповідним протоколом грубі порушення **режиму пацієнтами**, і подає його на розгляд МДК;
- проводить у рандомізованому порядку уриноконтроль пацієнтів на наявність нелегальних наркотиків та психотропних речовин у середньому раз в місяць;
- веде необхідну документацію;
- відповідає за обіг ЗП на етапі його роздачі пацієнтам згідно з наказом МОЗ №356;
- допомагає іншим членам мультидисциплінарної команди у проведенні соціально-психологічних реабілітаційних заходів.

Психолог (консультант з лікування наркозалежності):

- оцінює психологічний стан пацієнтів, разом із пацієнтом складає індивідуальну програму психосоціальної реабілітації;
- проводить індивідуальні та групові сесії психологічного консультування згідно з протоколом реабілітаційної програми;
- проводить психологічне консультування членів родини пацієнтів;
- здійснює моніторинг стану пацієнтів та оцінку ефективності лікування за процедурою визначення індексу важкості залежності;
- підтримує створення та роботу групи самопомоги клієнтів програми ЗПТ.

Соціальний працівник:

- проводить індивідуальне консультування та групові інформаційні заняття;
- надає допомогу у вирішенні соціальних проблем (оформлення документів, соціальної допомоги, пошук житла, працевлаштування тощо);
- може фасилітувати створення групи взаємодопомоги пацієнтів програми ЗПТ (на кшталт «Анонімних Метадонщиків»);
- бере участь у засіданнях міждисциплінарній комісії.

Методичними рекомендаціями «Замісна підтримувальна терапія при лікуванні хворих із синдромом залежності від опіоїдів» визна-

чено мінімальний стандартний обсяг сервісу, який є обов'язковим для всіх клієнтів програми ЗПТ. Він, зокрема, включає групове і індивідуальне консультування соціальним працівником не рідше рази на тиждень, консультації психолога або консультанта із залежностей (раз на тиждень). Рекомендовано для проведення консультацій користуватися виданням «Індивідуальне консультування наркозалежних» [4]. Згідно з щомісячним графіком проводяться заняття з профілактики ВІЛ та ризикованої поведінки.

У закладах, де здійснюється ЗПТ, наказом керівника ЛПУ створюється **міждисциплінарна комісія (МДК)**, до складу якої входять лікар-нарколог, медсестра, координатор програми ЗПТ від НДО (або психолог чи соціальний працівник). На міждисциплінарну комісію покладаються обов'язки з вирішення питань включення пацієнта до програми ЗПТ та його виписки, організації соціальної підтримки для клієнтів, надання довідок різним офіційним інстанціям.

Комісія збирається щонайменше двічі на тиждень. На засіданнях центру ЗПТ обговорюються клініко-психологічний стан пацієнтів, динаміка реабілітаційного процесу, поточні потреби пацієнтів щодо вирішення соціальних проблем. МДК приймає рішення щодо надання можливості приймати ЗП вдома (отримуючи препарат за рецептом) або припинення лікування. Усі рішення МДК протоколюються та фіксуються у медичних картках пацієнтів, яких вони стосуються.

Звичайно, функціонування міждисциплінарної команди має особливості через залучення фахівців з різними професійними знаннями й навичками, підходами, принципами роботи. Тому задля виконання завдань, які вони мають вирішити як команда, необхідно надати кожному можливість: контактувати один з одним; набути навичок роботи у команді; зрозуміти, у чому полягають особливості й розбіжності у їхніх підходах; отримати міждисциплінарні знання й навички, не втрачаючи власної професійної ідентифікації. Так, основними принципами, якими мають керуватися члени багатопрофільної команди, прийнято вважати: рівність, консенсус, розподіл влади, поточний та кінцевий аналіз діяльності.

Комплексне лікування та медико-соціальна реабілітація з використанням ЗПТ може надаватися у спеціальних підрозділах – центрах ЗПТ, які створюються на базі ЛПЗ, що мають ліцензії на медичну діяльність та на право використання наркотичних засобів згідно Закону України «Про ліцензування певних видів господарської діяльності»

(01.06.2000 р.), підготовлений персонал та необхідні приміщення (зокрема в наркологічних диспансерах, лікарнях, регіональних центрах профілактики та боротьби з ВІЛ/СНІД, поліклініках тощо).

Підрозділ, де реалізується ЗПТ, повинен встановити такий графік роботи, який би сприяв трудовій та соціальній реабілітації пацієнтів, а також забезпечив роботу 365 днів на рік, тобто включно з усіма вихідними та святковими днями.

2.4. Правові аспекти програм замісної терапії

В Україні сформувалась розвинена нормативно-правова база щодо регулювання діяльності, спрямованої на запобігання поширенню ВІЛ/СНІДу. Ще в 1991 році ухвалено Закон «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення». 1998 року в цей документ внесено зміни, зокрема зафіксовано важливі принципи усвідомленої добровільності тестування на ВІЛ. Цей Закон – основний документ у врегулюванні питань життєдіяльності ВІЛ-позитивних і хворих на СНІД людей, а також осіб, що внаслідок виконання професійних обов'язків надають допомогу таким людям.

Згідно з ним держава зокрема гарантує доступність та безпечність тестування на ВІЛ та перед- і після тестового консультування, регулярне та повне інформування з питань, пов'язаних із запобіганням інфікуванню ВІЛ, забезпечення доступності засобів профілактики, а також забезпечення запобігання поширенню ВІЛ-інфекції серед споживачів ін'єкційних наркотиків, «зокрема шляхом створення умов для заміни використаних ін'єкційних голок і шприців на стерильні». І хоча зазначені державні гарантії і встановлюють правову базу для реалізації деяких елементів програм зменшення шкоди, вони не торкаються питання процесу їх здійснення.

Задля виконання вимог Закону прийнято безліч підзаконних нормативних актів, спрямованих на створення механізму виконання норм Закону безпосередньо на практиці. Чинне в Україні законодавство в сфері ВІЛ/СНІДу ставить перед собою завдання поліпшення якості життя ВІЛ-позитивних і хворих на СНІД людей, забезпечення безперешкодного доступу до лікування і позалікарняного догляду, а також надання такій категорії людей додаткових прав і пільг.

Попри увесь позитив та в основному прогресивний характер законодавчої бази України в контексті ВІЛ/СНІД, цілий ряд положень національного законодавства потребують подальшого вдосконалення. Метою такого вдосконалення має бути підвищення ефективності заходів з контролю за епідемією, посилення гарантій дотримання прав людини, подальше обмеження потенційних можливостей для дискримінації та ostracizmu стосовно наркозалежних осіб та осіб, які живуть з ВІЛ, їхніх близьких, інших вразливих у контексті ВІЛ/СНІД груп населення.

В Українському законодавстві немає норм, які б забороняли використання програм замісної терапії. Навпаки ціла низка нормативно-правових актів вказує на необхідність застосування препаратів замісної терапії в Україні, зокрема:

- «Перелік наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів, що підлягають спеціальному контролю відповідно до законодавства України» (23.03.1998 р.);
- «Нормативи надання медичної допомоги та показники якості медичної допомоги в лікувально-профілактичних закладах України» (наказ МОЗ України №507 від 28.12.2002 р.);
- рішення Урядової комісії з питань боротьби з ВІЛ/СНІД від 30.11.2001 р. про сприяння проведенню програм лікування хворих на наркоманію із використанням замісної терапії неін'єкційними препаратами;
- Національна програма профілактики ВІЛ-інфекції/СНІД на 2001-2003 рр.;
- Національна програма забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2004-2008 рр.;
- методичні рекомендації «Використання замісної терапії метадоном у лікуванні та реабілітації хворих із синдромом залежності від опіоїдів», розроблені Всеукраїнською наркологічною асоціацією та затверджені Українським центром наукової медичної інформації та погоджені з Департаментом організації медичної допомоги МОЗ 17.02.2004 р.

Принципи ВООЗ із профілактики ВІЛ серед СІН викладені у проекті Національного клінічного протоколу лікування ВІЛ-позитивних

людей, які є споживачами наркотиків, що розробляється в рамках реалізації програми Глобального фонду для боротьби зі СНІД, туберкульозом та малярією «Подолання епідемії ВІЛ/СНІД в Україні». І хоча назва проекту Національного клінічного протоколу говорить про його спрямованість на лікувальний компонент, він також містить деякі аспекти немедичних заходів профілактики ВІЛ/СНІД серед СІН та акцентує увагу на важливості поширення програм зменшення шкоди.

У цьому документі визначено підходи та методи стратегії зменшення шкоди. Цікавим є те, що ці підходи включають не лише організацію доступу до стерильного ін'єкційного інструментарію, психологічне консультування, аутріч-роботу, тестування на ВІЛ та інфекції, що передаються статевим шляхом, а й впровадження замісної терапії та догляду за ВІЛ-інфікованими СІН. Таке включення лікувального компоненту до програм профілактики можна визнати логічним з огляду на створення єдиної мережі допомоги СІН на всіх її стадіях, однак є не зовсім доцільним з огляду на українські реалії. Зараз послуги з профілактики, медичного та немедичного догляду СІН надаються, здебільшого, різними організаціями, установами, і поєднання цих компонентів може призвести до змішування функцій і розпорошення відповідальності.

Здобутком проекту Національного клінічного протоколу є спроба закріплення комплексності заходів при роботі з СІН, в тому числі й на етапі профілактики за принципом зменшення шкоди. Затвердження такого поєднання в регулятивному документі створює підґрунтя для встановлення рівноправних позицій у мультидисциплінарних командах, що має позитивно вплинути на процес та результат надання допомоги.

Розділ 3.

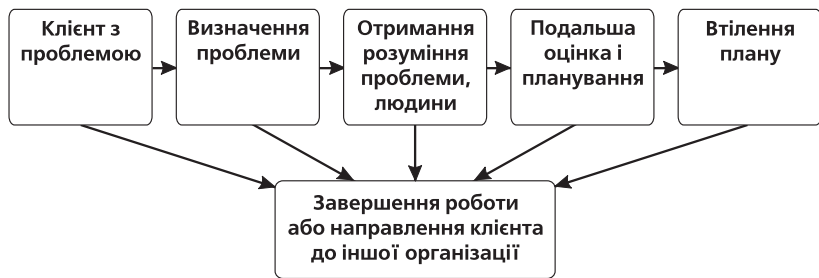
Соціальний супровід клієнтів програм замісної підтримувальної терапії

3.1. Соціальний супровід. Процес соціального супроводу

Згідно з чинним українським законодавством і практикою діяльності багатьох соціальних та медико-соціальних служб **соціальний супровід** передбачає регулярну роботу, спрямовану на здійснення соціальної опіки, допомоги та патронажу з метою подолання життєвих труднощів, збереження та підвищення соціального статусу клієнтів. Цей метод роботи також має назву **ведення випадку** або **робота з випадком** (Case management).

У літературі із соціальної роботи соціальний супровід інколи представляють у вигляді лінійного процесу (мал. 3.1).

Мал. 3.1. Процес соціального супроводу



Проте частіше це процес руху по спіралі, коли після вирішення однієї проблеми потрібно визначати інші нагальні потреби і, відповідно, проблеми на шляху їх здовolenня, та допомагати їх вирішувати.

Соціальний супровід (ведення випадку) – це спланований процес взаємин між клієнтом і соціальним працівником, який може передбачати застосування різних моделей роботи та стратегій втручання. У цьому процесі виділяють низку окремих етапів (табл. 3.1).

Таблиця 3.1. Етапи роботи з конкретним випадком

1 фаза	Початкове оцінювання	Підготовка до роботи. Налагодження контакту з клієнтом. Збір інформації. Аналіз інформації: потреби, проблеми, переваги, обмеження клієнта.
2 фаза	Планування допомоги	Прийняття рішень. Узгодження з клієнтом мети, завдань та плану заходів. Вибір методів роботи, перегляд ресурсів, розподіл часу. Досягнення домовленості про послуги і очікувані результати.
3 фаза	Виконання	Використання клієнтом своїх знань, вмінь, ресурсів та професійних знань, вмінь, ресурсів соціального працівника. Здійснення моніторингу роботи.
4 фаза	Кінцеве оцінювання	Аналіз результатів: чи досягнута мета, здобутки, готовність клієнта завершити зустріч.

Соціального працівника, який здійснює супровід у рамках програми ЗПТ, можна порівняти з провідником на гірському маршруті. В його завдання входять підтримка, допомога та скеровування клієнта, що має залежність від ПАР. Такий фахівець має бути порадником і наставником, добре розуміти потреби і ресурси клієнта, навіть ті, про які отримувачу не завжди легко розповісти іншому. Тому соціальний працівник повинен володіти технікою емпатійного (співчутливого) слухання, налагодження довірливих стосунків (терапевтичного альянсу), добре орієнтуватися в загальних питаннях лікування наркозалежності і ВІЛ/СНІД, знати законодавство і вміти захищати права клієнтів.

Соціальний супровід лише нещодавно став складовою діяльності вітчизняних наркологічних закладів, та тільки набуває популярності в наркологічній практиці. Введення посад соціальних працівників в ЛПЗ, виділення таким спеціалістам достойної заробітної платні ще не є розповсюдженим явищем. На сучасному етапі надання соціального супроводу клієнтам ЗПТ здійснюється з залученням НДО, які мають досвід проведення соціально-психологічної реабілітації СН.

Оскільки не існує єдиного успішного, придатного для всіх випадків способу лікування опіоїдної залежності, головним принципом лікування, зокрема, ЗПТ, є формування індивідуального лікувального плану, що відповідає медичним і соціально-психологічним потребам конкретного пацієнта центру ЗПТ.

Після того, як пацієнти проходять період стабілізації ЗПТ, вони разом із соціальним працівником складають довгостроковий план, що, зокрема, має на меті соціальну та психологічну реабілітацію і ресоціалізацію СН.

Соціальний працівник не тільки допомагає клієнтові здійснювати ті чи інші кроки, а й стежить за позитивними змінами в житті клієнта, реєструє їх та виносить на обговорення міждисциплінарної команди.

3.2. Планування роботи з клієнтом

На **початковому етапі** роботи з пацієнтом центру ЗПТ, який є клієнтом соціального працівника, необхідно виявити усі соціальні чинники, які так чи інакше можуть впливати на прихильність до лікування та виконання рекомендацій, а також сприяти вживанню або, навпаки, стримувати розвиток споживання вуличних наркотиків.

Під час первинної консультації мають бути зафіксованими соціальні проблеми клієнта. Це насамперед відсутність стабільного фінансового забезпечення та житла, сімейні негаразди, неможливість належним чином забезпечити дитину (дітей), переслідування з боку міліції (находження під слідством або судом), неможливість отримувати належне медичне лікування, тощо. Для адекватного планування подальшої роботи з клієнтом варто з'ясувати історію вживання наркотичних речовин і наявність попереднього досвіду лікування від залежності, рівень прихильності до лікування (ЗПТ, ВААПТ, лікування ОІ тощо). Соціальний працівник має також розповісти про власні функції і роль у ЗПТ, наголосити на важливості соціальної реабілітації і ресоціалізації СН. У нагоді може стати й загальна інформація про життя клієнта – інтереси, захоплення, вподобання; причетність до проблеми значущих для клієнта людей, залучення до її розв'язання. У робочому щоденнику соціальний працівник може також коротко описати зовнішність та поведінку клієнта, власні враження, але уникаючи оцінювання.

У цілому, дослідження проблем клієнта відбувається за допомогою виявлення даних про нього, його потреб та його оточення (людей та ситуацію). При цьому слід застосовувати цілісний підхід: намагатися побачити людину та її життя в цілому, не тільки окрему проблему, але й її позитиви, переваги. При оцінюванні потреб клієнта слід орієнтуватися на те, що існує загальнолюдська ієрархія потреб – фізіологічні потреби, потреби у безпеці, соціальні потреби (потреби в належності і любові), пізнавальні потреби, потреби в самореалізації. В роботі слід виявити ті потреби конкретної особи, які не були задоволені. Проте найпершим кроком має бути встановлення контакту і довірливих стосунків з клієнтом.

У процесі усвідомлення й уточнення ситуації слід послідовно знаходити відповіді на такі орієнтовні питання.

- Що відомо про ситуацію?
- Що турбує клієнта в цій ситуації?
- Що ще приховано в цій ситуації?
- Чи можна чіткіше окреслити ситуацію?
- Яких ще людей, крім клієнта, зачіпає ситуація?
- Яких сфер соціальної роботи стосується ситуація?
- Які ще сфери зачіпає ситуація?
- Що собою являє проблема?
- Що собою являє клієнт?
- Яке саме відхилення бажаного від дійсності усвідомлює клієнт як проблему?
- Звідки клієнт прийшов і чому?
- У чому полягають особливості клієнта та проблеми, які його турбують?
- Яке значення має проблема для клієнта та інших людей, на яких вона впливає?
- Якою є історія виникнення проблеми? Що передувало виникненню проблеми?
- Якими є особливості поведінки клієнта?
- В якому середовищі перебуває клієнт?
- Які зусилля та ресурси потрібні для розв'язання проблеми?
- Якими є власні ресурси клієнта для розв'язання проблеми?

- Яка ще інформація потрібна?

Серед методів збору інформації про клієнта можна назвати такі, як:

- інтерв'ю (опитування) клієнта, його родичів, оточення (за згодою клієнта), працівників інших закладів, які мали справу з клієнтом;
- спостереження за особливостями поведінки клієнта, умовами проживання, стосунками в родині тощо;
- аналіз документів (історія хвороби, постанови суду, попередні записи соціальних працівників тощо);
- тестові методики, які дозволяють проводити психодіагностику клієнта.

До загальних принципів проведення первинного оцінювання у вигляді інтерв'ю, яке вважають основним методом збору інформації про клієнта, відносять такі:

- слід дотримуватися розумних часових меж (хоча тривалість розмови залежить від ситуації, п'ять хвилин занадто мало, а більше години – забагато для однієї зустрічі);
- розпочинати потрібно з бачення ситуації клієнтом, для чого йому/їй необхідно надати змогу висловитися; не доцільно «вкладати» відповіді в уста клієнта;
- годиться по можливості посміхатися на першій зустрічі, прагнути створити клієнту комфортні умови для спілкування; потрібно поставитися до клієнта з емпатією (співчутливо, співпереживаючи), яким би ззовні несимпатичним не видався клієнт; клієнт має заспокоїтися й не лякатися розмови;
- не варто засуджувати клієнта і звинувачувати (поведінку, спосіб життя, ставлення до себе тощо), потрібно виявляти прийняття й толерантність; не доцільно надто заглиблюватися у внутрішній світ клієнта (для цього є психологічні консультації);
- доречно уникати закритих запитань, особливо таких, на які можна відповісти «так» чи «ні»;
- не варто боятися мовчанки, але при цьому поведінка соціального працівника повинна демонструвати позитивне ставлення.

Внаслідок вивчення ситуації й того, якого значення власним проблемам надає сам клієнт, необхідно дійти до спільного з клієнтом формулювання тих проблем, над розв'язанням яких насамперед

працюватимуть (наприклад, налагодження стосунків із родиною чи вирішення питань отримання належних за законом гарантій державного соціального захисту ВІЛ-позитивних тощо). В такий спосіб відбувається встановлення цілей та завдань роботи. Визначення конкретної мети і завдань задає напрямок процесу допомоги, сприяє вибору відповідних стратегій та методів втручання, допомагає здійснювати перегляд, кінцеве оцінювання окремих втручань та процесу допомоги в цілому.

Приклади формулювання мети у клієнта, що має залежність від ПАР та ВІЛ/СНІД (кожне формулювання може уточнюватися, наприклад, вказуванням шляху/шляхів виконання, кількісним показником, зазначенням конкретного місця, терміну виконання):

- Формування системи підтримки людини, яка живе з ВІЛ.
- Вироблення мотивації до зміни ризикованого способу життя.
- Вироблення мотивації до ведення здорового способу життя.
- Вироблення мотивації до невживання ПАР.
- Формування знань і навичок життя з залежністю від ПАР та з ВІЛ.
- Формування навичок здорового способу життя у клієнта.
- Підвищення рівня знань про ВІЛ.
- Підтримка ремісії щодо вживання ПАР.
- Захист прав клієнта, шляхом представництва інтересів.

При формулюванні завдань роботи пропонується використовувати дієслова доконаного виду, наприклад: підготувати, розподілити, зменшити, збільшити, організувати, виготовити, установити, поінформувати, провести, видати, залучити, оформити, надати, сформувати, забезпечити, укомплектувати, створити.

Мета і завдання мають відповідати потребам, співпадати з бажаннями клієнта, бути зрозумілими і конкретними, реалістичними і вимірюваними (коли можна переконатися, що мета досягнута), вони повинні також відповідати можливостям соціального працівника і його ціннісним настановам.

Варто зауважити, що в багатьох випадках потрібне підвищення мотивації (бажання та волі) клієнта на досягнення цілей, на певні дії. Для підвищення ефективності втручання необхідні дві речі – усвідомлення проблеми клієнтом та достатньо висока мотивація його на якісь дії. Часто трапляється так, що спочатку бракує обох компо-

нентів. Тому необхідно застосувати переконання, використати факти, приклади, які будуть свідчити на користь прийнятого рішення та проти іншого способу дій [5, 6].

З урахуванням проблем, потреб, переваг та обмежень клієнта складається **індивідуальний план** соціального супроводу, який може містити наступні пункти:

- медичні послуги (робота над формуванням прихильності до лікування);
- соціальні послуги (оформлення необхідної матеріальної допомоги і пільг);
- психічне здоров'я (свідоме прийняття рішень, управління кризовими станами, консультації, психотерапія, консультації з питань хімічної залежності);
- підтримка сім'ї (планування опіки над дітьми, розподіл майна);
- освіта (консультації для близького оточення з питань догляду, профілактика – оцінка ризиків).

При складанні плану враховується фінансове становище, місце проживання, фізичний і психічний стан, практичні навички самостійного життя, зайнятість клієнта. Такий документ може бути оформлений у вигляді таблиці (див. табл. 3.2).

Таблиця 3.2. План соціального супроводу пацієнта програми ЗПТ

№	Завдання	Захід	Ресурси		Виконавець	Термін виконання
			Наявні	Необхідно залучити		
1		1 2 3				
2						

Необхідно враховувати, що більшість завдань має виконувати клієнт за умови емоційної, інформаційної підтримки з боку соціального працівника, який керує соціальним супроводом (роботою з випадком).

3.3. Здійснення втручання та його завершення

На етапі **здійснення втручання** відбувається переведення плану у практичні дії із застосуванням різноманітних стратегій діяльності та теоретичних моделей. Здійснення втручання повинно відповідати визначеному індивідуальному плану та потребам клієнта, воно також може передбачати пошук потрібних ресурсів як індивідуальних, так і на рівні оточення і суспільства.

Для вирішення соціальних проблем потрібно звертатися по допомогу до членів родини, представників влади (відділів соціального захисту) та відповідних НДО, що надають допомогу ВІЛ-позитивним та наркозалежним.

Соціальним працівникам може стати у нагоді так звана карта соціальних мереж, тобто перелік організацій, які діють на території району чи міста із зазначенням конкретних осіб, до яких можна звернутися за допомогою чи залучити їх до роботи з клієнтом. Це можуть бути, скажімо, районний відділ внутрішніх справ, СНІД-центр, ВІЛ-сервісні організації тощо.

Часто клієнту слід допомогти усвідомити потребу, направивши його до іншого фахівця. Для цього соціальний працівник і клієнт мусять разом визначити, куди краще звернутися. Зрозуміло, що для цього необхідна інформація стосовно наявних служб, процедур звернення, якості та особливості послуг, на які клієнти мають дати інформовану згоду.

Для того, щоб полегшити процедуру звернення, соціальні працівники можуть:

1. надати клієнту назву, адресу, телефон установи, пояснити, як туди дістатися (краще забезпечте планом-картою), домовитися про візит клієнта. Пояснити, чого можна очікувати. Вказати ім'я спеціаліста, його посаду, імена інших людей, до яких можна звернутися;
2. якщо проблема складна або клієнт нездатний її викласти – записати її стисло. Варто зробити це разом з ним. Доречно й викласти потреби клієнта й бажані для нього заходи. Можна забезпечити супроводження (друзі, родичі або сам соціальний працівник). Бажано провести поведінкову підготовку – репетицію (що і яким чином зробити);

3. уникати фальшивих обіцянок та запевнень. Не пояснювати того, що буде робити інший професіонал. Це може розчарувати клієнта або може не справдитися. Взагалі, в цьому випадку недоречно виходити за межі професійної компетенції.

Успішність або неуспішність направлення визначає рівень зацікавлення соціального працівника у досягненні результату, вміння переконувати.

Часто клієнти, котрі проходять соціальну реабілітацію у програмах ЗПТ, мають такі соціальні проблеми, як:

1. втрата документів (паспорт, свідоцтво про народження, військовий квиток тощо);
2. відсутність постійного місця проживання;
3. відсутність реєстрації (прописки) за останнім місцем проживання;
4. відсутність постійного місця роботи;
5. відсутність групи інвалідності, субсидії на комунальні послуги, допомоги з догляду за дитиною та інші;
6. низький рівень життя.

При цьому лише незначний відсоток людей із залежністю здійснює спроби відстоювати власні права самостійно або вдається до послуг юриста. Тому соціальним працівникам подекуди доводиться займатися представництвом інтересів клієнтів, захистом їхніх прав.

Це передбачає такі форми роботи, як:

- дослідження прав клієнта (вивчення законодавства та нормативно-правових документів, процедур соціальних служб, відповідних умов надання послуг, допомоги, а також становища клієнта – матеріальної ситуації родини, стану здоров'я, які дають право на отримання певних соціальних гарантій, документів тощо);
- тлумачення інформації та погодження з клієнтом плану дій (обговорення з клієнтом зібраної інформації, пояснення йому законодавства, визначення стратегії й тактики дій, прийняття рішення, доцільність переходу до наступних етапів, спільне планування подальших кроків);
- намагання досягти домовленості (проведення переговорів в ході зустрічі чи телефонної розмови з іншою стороною);

- застосування формальних механізмів (написання офіційних звернень, подання позовів до суду, розгляд справи у суді, забезпечення клієнтові доступу до послуг професійного юриста тощо [7]).

Однак ключове завдання соціального працівника на цьому етапі не заміщати клієнта, виконуючи замість нього щоденні справи, а показати найкращий шлях їх вирішення та навчити, як це робити самостійно. Уникання клієнтом вирішення проблем, пов'язаних з його повсякденним життям, лише поглиблює прірву між ним та суспільством. Людина втрачає самостійність та – як наслідок – самоповагу. Необхідно стимулювати прагнення клієнта бути активним у вирішенні соціальних проблем, підтримувати інтерес до життя, створювати можливості для спілкування.

Індивідуальний план потрібно періодично переглядати. Підставами для цього можуть бути зміна становища клієнта, погіршення або відносно покращення стану здоров'я, прагнення клієнта здобути нові навички та знання, скарги та зауваження клієнта, щодо невідповідності послуг його потребам тощо.

Робота з клієнтом підлягає моніторингу (систематичному накопиченню інформації та періодичному перегляду виконаної роботи). Елементами такого моніторингу можуть бути регулярні (щотижневі, щомісячні, щоквартальні) звіти, контрольні візити до клієнтів, матеріали супервізійних (наставницьких) зустрічей, щоденникові записи, а також інші документи.

Загалом, у соціальному супроводі важливе місце відведено професійним (щоденниковим) записам, які роблять соціальні працівники протягом ведення випадку, представництва інтересів, консультування та інших стратегій втручання. Записи виконують такі функції як: нагадування, виділення важливого, забезпечення відповідальності, свідчення про виконаний обсяг роботи, допомога у плануванні робочого часу, використання в дослідженнях із соціальної роботи.

Записи призначені для: спостереження та накопичення інформації; особистої оцінки; планування дослідження; фінансового контролю; оцінки роботи організації; ідентифікації особистості.

Письмове ведення справ має на меті детальний запис проведеної із клієнтом роботи. Робочий щоденник є важливим внутрішнім документом. Він виконує контрольно-оцінювальну функцію: спираючись на інформацію зі щоденника, керівник або вся команда може

оцінити якість роботи працівника, визначити прогрес, досягнутий клієнтом, при потребі внести корективи. Якщо соціальний працівник перериває роботу (виходить у відпустку або хворіє), то інший працівник, який заміняє його, зможе використати щоденник, щоб зрозуміти хід попередньої роботи.

Крім того, щоденник може стати неоцінним джерелом інформації, якщо трапиться надзвичайний випадок. Наприклад, якщо клієнт скоїв злочин або поведився агресивно із соціальним працівником.

У записах соціальні працівники, які ведуть випадок, реєструють лише «необхідну та достатню» інформацію, яка стосується проблем, що знаходяться в межах компетенції соціального працівника. Фіксують не симптоми, а їхній вплив на життя в цілому (як переживає їх клієнт, чи призвели вони до проблем з житлом, до втрати побутових або професійних навичок, навичок спілкування, зменшення контактів тощо).

Якщо втручання було успішним і поставлена початкова мета була досягнута, то слід перейти до планування підтримувальних стратегій: підготувати умови для **закінчення стосунків**, обумовити, яким чином клієнт буде обходитися без допомоги соціального працівника програми ЗПТ.

Стосунки між працівником і клієнтом викликані проблемами, з якими клієнт звертається до центру ЗПТ, і розв'язання його проблем означає закінчення цих стосунків. В цей момент потрібно проаналізувати, яким чином людина взагалі реагує на завершення стосунків та як справляється з втратами в житті. Інколи зв'язок із соціальним працівником (та іншими фахівцями програми ЗПТ) — це єдиний соціальний місток, що поєднує клієнта із суспільством. Заплановане завершення повинно бути достатньо тривалим, щоб подолати негативні емоції клієнта. Клієнт не повинен почувати себе покинутим. У деяких випадках соціальний працівник зустрічається з колишнім клієнтом через деякий час, аби пом'якшити перехідний період. Соціальний працівник у деяких випадках повинен проінформувати клієнта стосовно членства у групах самопомогі та підтримки або навіть і ввести його до складу такої групи. Якщо на базі центру ЗПТ немає групи взаємодопомогі клієнтів ЗПТ (на кшталт Анонімних Метадонщиків) соціальний працівник може фасилітувати створення такої групи (надати преамбулу, провести перші засідання, інколи

приймати участь у проведенні таких груп). Варто надати контактну інформацію ВІЛ-сервісних організацій, що діють у регіоні.

Етап **оцінки проведеної роботи** має свої особливості, які залежать від того, чи є завершеними стосунки з клієнтом чи ні. Стосунки завершуються, якщо клієнт з різних міркувань припинив відвідування центру ЗПТ, був виписаний у зв'язку із завершенням програми або в адміністративному порядку. Кінцеве оцінювання передбачає аналіз того, чи досягнута мета. В простій формі для оцінювання втручання потрібно відповісти на такі питання:

- Якою була проблема?
- Яких заходів вжито?
- Яким є результат?
- Які ресурси були використані?

Елементами оцінки можуть бути й періодичні опитування думки клієнтів.

Розділ 4.

Індивідуальне консультування клієнтів ЗПТ

4.1. Психологічне консультування.

Мета, основні принципи та структура консультування

Консультування – збірна назва різних видів діяльності, від звичайного опитування та надання рекомендацій з використанням базових навичок консультування до спеціальних психотерапевтичних видів втручання. Метою консультанта є використання інформації, спеціальних знань для надання допомоги людям у розв'язанні їхніх життєвих проблем.

Консультування допомагає людині обирати та діяти на власний розсуд, допомагає навчатися новим моделям поведінки, сприяє розвитку особистості. В процесі консультування робиться акцент на відповідальності клієнта (клієнт приймає рішення, а консультант створює умови, які заохочують волевиявлення клієнта).

Питаннями для обговорення під час консультативних зустрічей у центрі ЗПТ можуть, зокрема, бути: структурування особистого часу; потяг до вживання наркотиків, ситуації підвищеного ризику; соціальний тиск, що провокує вживання; участь у групах АА, АН тощо. Важливість процесу консультування для клієнтів ЗПТ обумовлюється тим, що залежність від ПАР викликає серйозні зміни в емоційній, поведінковій, соціальній сферах особистості, радикально змінює життя людини. Консультування допомагає клієнтові чіткіше визначити можливі проблеми, з якими йому доводиться чи доведеться стикатись, виробити конкретну модель поведінки, відновити контроль над власним життям та зберігати душевну рівновагу.

Консультації також є шляхом поширення інформації про сутність залежності від ПАР, перебіг захворювання на СНІД та гепатити В і С, способи передачі ВІЛ, права та обов'язки ВІЛ-позитивної людини, державні гарантії її соціального захисту, можливі сервісні послуги в інших організаціях та закладах. Головна мета консультування – допомогти клієнту усвідомити відповідальність за новий образ життя, пов'язаний з прийомом ЗП, шляхом надання психологічної, соціальної та юридичної підтримки і допомоги в процесі прийняття рішень.

Основою консультування є «консультативна взаємодія» між клієнтом і консультантом, яка базується на філософії «клієнт-центрованої терапії»:

- кожна особистість є цінністю та заслуговує на повагу;
- кожна особистість може нести відповідальність за себе;
- кожна особистість має право обирати цінності та цілі, приймати самостійні рішення.

Досвід показує, що ці тези частіше декларуються, ніж приймаються. Недосвідченим консультантам важко сприймати клієнта, що приймає ЗП, як особистість з ясною свідомістю, та таку, що заслуговує повагу, котра сама несе за себе відповідальність та може приймати самостійні рішення. Тому консультанту необхідно нагадувати самому собі ці важливі тези.

Основні принципи консультування

1. **Зрозумілість та обумовленість.** Консультант вже під час першої зустрічі має надати клієнту всю необхідну інформацію: про процес, про основні цілі, про рівень кваліфікації, щодо приблизної тривалості консультування, про доцільність консультування, про ризики тимчасового погіршення психологічного стану у процесі консультування, про межі конфіденційності. Це вкладається у поняття так званого «консультативного контракту».
2. **Правильна оцінка консультантом рівня та меж власної професійної компетентності.** Він не повинен вселяти в клієнта надію на допомогу, яку неспроможний надати як консультант. Якщо консультант в окремих випадках відчуває недостатню компетентність, то він зобов'язаний проконсультуватися у досвідченіших колег та вдосконалюватися під їхнім керівництвом.
3. **Згода клієнта на зберігання інформації.** Фіксацію та зберігання в будь-якій формі інформації про клієнта та про консультування неодмінно потрібно узгоджувати з клієнтом. Неприпустиме використання, наприклад, аудіо або відео запису без попередньої згоди клієнта.
4. **Неприпустимість особистих стосунків із клієнтом.** Клієнт може розкривати подробиці свого життя та свої переживання консультанту, чим робить себе потенційно вразливим. Тепле ставлення консультанта легко може бути сприйняте клієнтом за особистісну близькість. Якщо консультант вирішує підтримати особисті сто-

сунки з клієнтом, він має відмовитися від консультування цього клієнта та передати його іншому консультанту (повідомивши про це самого клієнта).

5. **Дотримання конфіденційності.** Консультування неможливе, якщо клієнт не довірятиме консультанту. Питання конфіденційності варто обговорити вже на першій зустрічі з клієнтом, при цьому обов’язково пояснити, що саме це означає.

Відомо багато теоретичних моделей консультування, визначених різними психологічними школами (табл.4.1.)

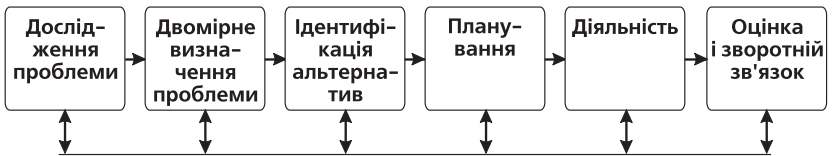
Таблица 4.1. Сучасні уявлення про цілі консультування

Напря́м	Цілі консу́льтування
Психоаналітичний напрям	Перевести у свідомість витиснутий у несвідоме матеріал; допомогти клієнтові відтворити ранній досвід і проаналізувати витиснуті конфлікти; реконструювати базисну особистість.
Адлеріанський напрям	Трансформувати цілі життя клієнта; допомогти йому сформувати соціально значущі цілі і скоригувати помилкову мотивацію за допомогою знаходження почуття рівності з іншими людьми.
Терапія поведінки	Виправити неадекватну поведінку і навчити ефективній поведінці.
Раціонально-емоційна терапія	Усунути «само руйнівний» підхід клієнта до життя і допомогти сформувати толерантний і раціональний підхід; навчити застосовувати науковий метод при вирішенні поведінкових та емоційних проблем.
Орієнтована на клієнта терапія	Створити сприятливий клімат консультування, що підходить для самодослідження і розпізнавання факторів, що заважають росту особистості; заохочувати відкритість клієнта до здобуття досвіду, впевненості у собі, спонтанності.

Екзистенціальна терапія	Допомогти клієнтові усвідомити свою волю і власні можливості; спонукати до прийняття відповідальності за те, що відбувається з ним; ідентифікувати фактори, що блокують волю.
-------------------------	---

Психологи та соціальні працівники у процесі роботи з клієнтами досить часто дотримуються так званої **двовірної моделі консультування** (Мал. 4.1).

Мал. 4.1. Структура консультативного процесу



1. **Дослідження проблем.** Консультант встановлює контакт з клієнтом та досягає взаємодовіри: необхідно уважно вислухати клієнта, який говорить про свої труднощі, і проявити максимальну щирість, співпереживання та турботу, не вдаючись до оцінювання та маніпулювання. Варто заохочувати клієнта до глибшого розгляду власних проблем, відзначаючи для себе його почуття, зміст висловлювань та невербальну поведінку. Початок має абсолютно вирішальне значення, адже на перших трьох зустрічах визначається стиль і характер майбутньої роботи, які надзвичайно важко змінити посеред роботи [8].
2. **Двовірне визначення проблем.** Консультант намагається якомога точніше охарактеризувати проблеми клієнта, виділяючи при цьому як думки, так і емоції клієнта. Уточнення проблем ведеться доти, доки і консультант, і клієнт не досягнуть однакового розуміння ситуації. Проблеми мають бути визначені у конкретних поняттях. Точне розуміння проблем дає змогу зрозуміти їхні причини, а іноді навіть вказує на шляхи розв’язання. Якщо при визначенні проблем виникають труднощі, варто повернутися на стадію дослідження.

3. **Ідентифікація альтернатив.** На цій стадії з'ясовуються та відкрито обговорюються можливі альтернативи рішення проблем. Користуючись техніками консультування, наприклад відкритими запитаннями, консультант спонукає клієнта назвати усі можливі варіанти, які той вважає реальними, допомагає висунути додаткові альтернативи, але не нав'язує власних рішень. У процесі роботи на цій стадії варто скласти список варіантів, щоб їх було легше порівнювати. Варто визначити такі альтернативи вирішення проблем, які клієнт міг би безпосередньо втілити.
4. **Планування.** Консультант допомагає клієнту розібратися, яка альтернатива підходить йому і є реалістичною для нього. Під час планування необхідно передбачити, як клієнт буде досягати того чи іншого запланованого результату. Складання плану реалістичного вирішення проблем має також допомогти клієнту зрозуміти, що не всі проблеми можна вирішити: деякі проблеми вимагають надто багато часу для вирішення; інші можуть бути вирішені лише частково шляхом зменшення їхнього деструктивного та дезорганізуючого впливу на життя клієнта.
5. **Діяльність.** На цій стадії відбувається реалізація плану вирішення проблеми. Консультант допомагає клієнту планувати діяльність з урахуванням обставин, часу, емоційних навантажень, а також із розумінням можливості невдач у досягненні цілей. Клієнт має засвоїти, що часткова невдача – це ще не катастрофа і слід продовжувати реалізовувати план вирішення проблеми, прив'язуючи усі дії до кінцевої цілі.
6. **Оцінка та зворотний зв'язок.** Клієнт разом із консультантом оцінюють рівень досягнення мети (ступінь вирішення проблеми) та узагальнює досягнуті результати. У разі необхідності можливе уточнення плану. Якщо виникають інші чи глибоко приховані проблеми, необхідно повернутися до попередніх стадій.

Виділення окремих стадій є досить умовним, оскільки консультування – індивідуальний процес. На процес впливає особистість консультанта та стосунки консультант – клієнт [9].

У консультуванні прийнято планувати тривалість зустрічі не більше однієї години. Як виняток консультація може тривати півтори го-

дини. Проте оптимальною вважається тривалість консультації до 45 хвилин із таким приблизним розподілом часу:

5 хвилин – вступ та накопичення взаєморозуміння (якщо це перша зустріч, то на це може піти майже увесь час консультації), уточнення самопочуття клієнта;

10 хвилин – уточнення та з'ясування вживання нелегальних наркотиків з часу останньої зустрічі, збір інформації про невідкладні проблеми, з'ясування супутніх питань;

5 хвилин – постановка цілей та завдань консультування та/або даної консультації;

20 хвилин – детальне обговорення з приводу проблеми (з'ясування причин, розгляд альтернатив вирішення, планування дій);

5 хвилин – підведення підсумків, узгодження подальших кроків та завершення консультації.

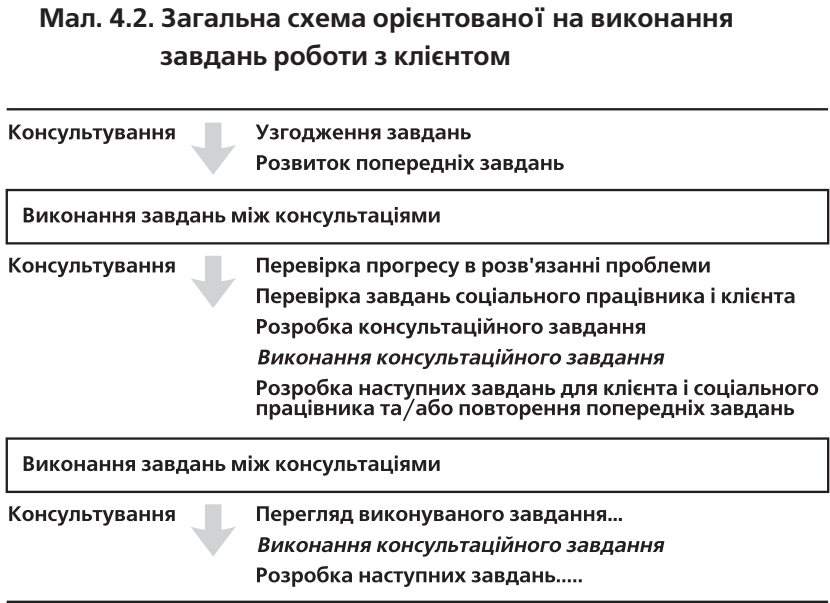
Консультанту, особливо якщо він діє у жорстких часових та організаційних обмеженнях, варто пам'ятати про ключові вимоги до консультування, згідно з якими під час кожної консультативної зустрічі необхідно:

- розглянути усі необхідні (заплановані) теми та питання;
- зробити це у найкоротші із можливого терміни;
- забезпечити логічну завершеність консультації;
- переконатися у тому, що клієнт залишає консультацію у задовільному емоційному стані.

Оскільки у програмах ЗПТ передбачено проведення зустрічей клієнта і консультанта не рідше разу на тиждень, то для більш ефективного консультативного процесу доречно дотримуватися **орієнтованого на завдання підходу**. Він передбачає визначення задач для кожної консультації, а також виконання клієнтом певних, погоджених на консультації, завдань між зустрічами.

Завданнями можуть бути будь-які необхідні для розв'язання проблеми види діяльності, в т.ч. зміна мислення (когнітивні зміни). Психолог урізноманітнює завдання з метою впливу на сильні сторони клієнта та його інтереси, враховуючи відповідність завдань можливостям клієнта їх виконувати. При кожній зустрічі обговорюється стан виконання попередніх завдань і визначаються нові. Для психолога обов'язковим є позитивне підкріплення, заохочення за умов

успішного виконання певного завдання, тоді як невдачі ретельно аналізуються, розглядаються перепони. Цю модель консультативної роботи представляють у схематичному вигляді, як послідовність повторюваних дій (мал. 4.2) [10].



4.2. Індивідуальне консультування клієнтів ЗПТ

Важливо розробити взаємопогоджений план тем індивідуальних консультацій, дотримуватися його та переглядати при змінах в стані пацієнта.

На етапі індукції ЗПТ перші дві сесії потрібно присвятити ознайомленню клієнта з лікувальною програмою, отриманню відомостей про історію вживання й попереднього лікування та розробці, разом з клієнтом, плану індивідуальних консультацій. Зазвичай амбівалентність та заперечення проявляються дуже виразно на початковому етапі лікування, тому важливо вже на перших сесіях обговорити подвійне ставлення пацієнта до припинення вживання нелегальних наркотиків.

1 сесія: Встановлення рапорту, інформування про базові правила участі в лікуванні, початок ознайомлення з історією життя, вживання наркотиків та спроб лікування. Важливо з'ясувати також і те, до яких видів діяльності, пов'язаних з одужанням, залучений пацієнт та яку він має підтримку. Під час першої зустрічі можливе застосування опитувальника «Коефіцієнт важкості uzалежнення» (ASI).

2 сесія: Завершення складання детальної історії хвороби та формулювання попереднього плану лікування.

Приблизний план лікування:

1. Утримання від вживання всіх заборонених наркотиків та алкоголю.
2. Своєчасне отримання ЗП (кожен день о 10.00).
3. Участь у всіх запланованих консультативних сесіях (консультація з соціальним працівником 1 раз на тиждень в понеділок о 12.00, з психологом в середу об 11 годині, інформаційна сесія по вівторках о 12 годині, групова терапія в четвер о 13.00, група взаємодопомоги в п'ятницю о 15.00).
4. Пройти обстеження на ВІЛ та гепатит С (протягом 2 тижнів), а також флюорографію (протягом найближчого тижня).
5. Стати на облік в службу зайнятості в середу на наступному тижні.
6. Сходити на консультацію до хірурга та дерматолога в зв'язку з бешихою на правій стопі.
7. Власні зобов'язання:
 - негативні (чого не повинен робити)
 - позитивні (що повинен робити)

Підпис пацієнта _____

На етапі стабілізації необхідно навчити наркозалежного розпізнавати та уникати подразників, що призводять до вживання нелегальних наркотиків, вміти вести альтернативну діяльність при виникненні потягу до вживання ПАР, спонукати до участі у здоровій діяльності та участі в групах взаємодопомоги. Порядок тем може змінюватись у разі необхідності але наведені теми є оптимальними:

1. Узалежнення та його симптоми.
2. Люди, місця, речі.
3. Структурування особистого часу.
4. Потяг до вживання наркотику.
5. Ситуації підвищеного ризику.
6. Соціальний тиск, що провокує вживання.
7. Вимушена сексуальна поведінка.
8. Симптоми, що спостерігаються тривалий час після відмови від наркотиків.
9. Вживання алкоголю, марихуани та інших наркотиків.
10. Участь у групах взаємодопомоги.

Цей період триває в середньому протягом трьох місяців, за умови що пацієнт робить певні успіхи. Потрібно пам'ятати про амбівалентність мотивації пацієнта до одужання та приділяти увагу проявам заперечення. При вираженому запереченні необхідно присвятити проявам психологічного захисту окреме заняття.

На підтримувальному етапі необхідно допомогти пацієнту утримуватися від нелегальних наркотиків, вміти розпізнавати емоційні подразники, навчитися навичкам опанування проблемних ситуацій в житті без повернення до вживання та усвідомити процес зриву. Основні теми це:

1. Інструменти запобігання зриву.
2. Розпізнання процесу рецидиву.
3. Стосунки в одужанні.
4. Розвиток стилю життя вільного від нелегальних наркотиків.
5. Духовність.
6. Сором та провина.
7. Особистий досвід.
8. Вади характеру.
9. Ідентифікація потреб та відповідь на них.
10. Опанування гніву.
11. Відпочинок та вільний час.
12. Робота та розпорядження грошима.
13. Трансформація узалежненої поведінки.

Частота зустрічей на цьому етапі може зменшуватись до 2 індивідуальних консультацій на місяць (у випадку, якщо пацієнт не планує найближчим часом виходити з програми ЗПТ).

На етапі детоксикації досить часто потрібно збільшити частоту зустрічей з психологом та/або соціальним працівником до 1-2 індивідуальних консультацій на тиждень, а наприкінці провести заключні сесії з підсумовуванням набутків, отриманих під час лікування. При відсутності у пацієнта можливості проходити реабілітацію – домовитись про підтримувальні сесії 1 раз на місяць після виходу з програми ЗПТ.

Мета цих сесій: нагадати пацієнту про його зобов'язання в одужанні, запропонувати підтримку та зворотній зв'язок, допомогти розробити власний план одужання та бути настороженим до симптомів рецидиву та в кризових ситуаціях [4].

4.3. Консультування клієнтів з подвійною проблемою (СІН та ВІЛ)

Якщо клієнт має ВІЛ-позитивний статус, то, залежно від того, в якому він стані чи на якому етапі він перебуває, процес консультування може мати певні особливості. У стані кризи для клієнта характерні такі відчуття, як емоційний шок, страх, заперечення, гнів. При кризовому втручанні саме такі почуття повинні бути в центрі уваги консультанта, а процес консультування – спрямовуватись на відновлення контролю клієнта над собою. Консультант має зробити наголос на можливості життя з хворобою протягом тривалого часу і дати клієнту зрозуміти, що його випадок не є єдиним, наводячи позитивні приклади з життя інших ВІЛ-інфікованих. На етапі адаптації клієнт починає відновлювати контроль над своїм життям, шукає адекватні способи життєдіяльності, які можуть задовольнити його потреби та інтереси. На цьому етапі можливі психологічні зриви, які супроводжуються такими почуттями, як розгубленість, тривога, депресія, почуття вини та втрати, зниження самооцінки, страх перед хворобою, гнів, роздратованість, самотність, втрата контролю над власним життям. Враховуючи ці особливості, консультант у своїй роботі має базуватись на наданні емоційної підтримки та співпереживанні. Основну проблему клієнта – наявність ВІЛ-інфекції – вирішити неможливо, можливо тільки змінити ставлення людини до цього факту.

Отже, потрібно працювати над формуванням моделей поведінки, що дозволять клієнтові долати труднощі, пов'язані з ВІЛ-позитивним статусом. На стадії примирення з хворобою клієнт виявляє прийняття обмежень, зумовлених хворобою, виробляє нове ставлення до себе та свого життя, відновлює перервані звички, заняття, функції. Коли клієнт змирився з наявністю хвороби, завданням консультанта стає підкріплення конструктивних форм поведінки.

Звичайно, клієнт може не мати навичок для виконання потрібних дій. Однак навичкам можна навчатися безпосередньо або розглядаючи та роблячи висновки з ситуацій інших. Просування серіями невеликих кроків може допомогти такому навчанню. На це й може бути спрямоване виконання консультаційних завдань.

Для того, щоб допомогти клієнту подолати стан безпорадності та повернути контроль над своїм життям, консультант має навчити клієнта **мобілізувати всі ресурси** – як внутрішні, так і зовнішні. Для підвищення впевненості та самоповаги клієнта у процесі консультування необхідно робити акцент на сильних сторонах клієнта та працювати над їх розвитком. Важливо також максимально використати зовнішні ресурси. Консультант може поради́ти клієнтові звернутись до інших офіційних структур з метою отримання соціальної, юридичної та інших видів допомоги та наголошувати на використанні такої неформальної допомоги, як підтримка родини, друзів, груп взаємо- та самодопомоги [11].

Консультант, що надає психологічну і соціальну допомогу ВІЛ-позитивним клієнтам, що є СІН, повинен володіти необхідними знаннями про особливості перебігу як залежності, так і ВІЛ/СНІД, можливе лікування останнього та немедичний догляд, вміти розпізнавати почуття, притаманні ВІЛ-інфікованим. Деякі ВІЛ-інфіковані відчувають роздратування, злість, гнів, які можуть бути спрямовані як на себе, так і на консультанта. В таких випадках консультант має проявляти терпимість до емоційних проявів та реакцій клієнта.

Зосереджена на завданні модель набуває дедалі більшої популярності у консультативній роботі, оскільки вона дає соціальним працівникам та психологам прагматичну й прозору схему стосунків з клієнтом, а самим клієнтам – відчуття партнерства та самоповаги.

Крім консультацій спеціалістів, одним із найбільш поширених та найбільш ефективних методів допомоги ВІЛ-позитивним людям є

консультації за принципом «рівний-рівному». За цим принципом консультування проводиться ВІЛ-позитивними людьми, які пройшли спеціальне навчання та підготовку на тренінгах чи курсах. Ефективність такої допомоги забезпечується тим, що консультації надаються людьми, що живуть з ВІЛ/СНІД та мають вагомі знання потреб ЛЖВС, а також добре обізнані в проблемах, пов'язаних з життям з ВІЛ. Водночас, принцип «рівний-рівному» сприяє створенню відкритих довірливих стосунків між клієнтом і консультантом, клієнт має можливість відверто обговорити власні проблеми з собі подібними.

Звичайно, немає гарантій дотримання клієнтом порад консультанта. Проте часто клієнтові просто немає кому «вихлюпнути» свої емоції. Людина боїться, що її не зрозуміють. Відтак мета консультанта, котрий працює за принципом «рівний – рівному», полягає, зокрема, в тому, щоб допомогти клієнтові виявити свої емоції та продемонструвати розуміння ситуації. При цьому варто дотримуватись двох правил:

1. переконати клієнта в тому, що його звернення до консультанта і бажання розповісти про свої страхи та хвилювання – це нормально і природно;
2. сприяти формуванню впевненості у тому, що ці страхи можна подолати [12].

Консультант повинен дозволити клієнтові розповідати стільки, скільки він бажає сам (корисною буде фраза на початку розмови «Я не хочу примушувати тебе говорити про те, що тобі неприємно. Можеш говорити тільки те, що схочеш»). Часто буває корисним надати людині інформацію, а не вчити її, як їй жити далі.

Консультування – особливий вид стосунків допомоги, які базуються на емпатії, поважному ставленні до потенційних можливостей клієнтів, щирості (конгруентності) почуттів. Наразі ефективне консультування – це процес, який виконується разом з клієнтом, а не замість клієнта.

4.4. Базові навички консультування

Навички консультування – це такі прояви поведінки консультанта, які застосовуються ним в процесі консультування з метою досягнення ефективного результату консультування.

До базових навичок консультування відносять, зокрема, такі, як активне слухання; спостереження невербальних проявів; ставлення запитань; переповідання та повторення висловлювань клієнта; підсумування; віддзеркалення почуттів.

Активне слухання вважають фундаментальною навичкою, оскільки здатність налагоджувати зв'язок з іншою людиною через вислуховування й бесіду, а також за допомогою невербальних засобів, дозволяє організовувати тривалий консультаційний процес.

Активне слухання – це таке слухання, коли консультант концентрує свою увагу на змісті того, що говорить йому оповідач, одночасно – і це є дуже важливим! – вербально та не-вербально демонструє оповідачу свою щире уважність до того, що говорить оповідач. Вербальні прояви активного слухання: угу-реакція («М-гм», «Угу», «Ага», «Так-так...», тощо). Невербальні прояви активного слухання: кивання та рухи головою, контакт очей, нахил тулуба вперед.

Глибоке почуття взаємної довіри і легкості, яке сприяє хорошому контакту та досягненню спільно визначеної мети, називають **рапортом**. Це динамічне утворення виникає в процесі комунікації і характеризується підвищенням рівня взаєморозуміння людей, узгодження їх взаємодії. Його можна порівняти з гарним злагодженням танком, в якому втрачається відчуття того, хто є ініціатором певних дій, а хто їх лише повторює. Все це виникає на основі почуття довіри та взаємної підтримки, а також базується на навичках та знаннях ведучого.

Дослідження виявили, що невербальним шляхом людина передає значно більше інформації про себе, ніж за допомогою слів. Крім того, **невербальні прояви поведінки** (спрямування погляду, рухи та контакт очей; відкрита/закрита поза; жестикуляція та окремі рухи голови, рук та ніг; міміка обличчя) важко або майже неможливо імітувати. Отже, невербальні прояви через щирість та інформативність заслуговують на особливу увагу з боку консультанта задля того, щоб краще розуміти людину, з якою він спілкується.

Напрямок зору, рухи та контакт очей. По очах можна зрозуміти досить багато, недаремно ж кажуть, мовляв, «очі – дзеркало душі». Коли людина дивиться співрозмовнику прямо у вічі, скоріш за все, в цей момент вона достатньо відверта та щира, якщо ж постійно відводить очі або взагалі уникає контакту очей, то, вірогідно, її в цьому щось непокоїть, або вона не досить щира чи їй неприємно про

щось говорити. Уникання контакту очей може свідчити про бажання щось приховати або побоювання говорити на певну тему. Постійне «бігання» очей може свідчити про нервування або невпевненість людини. Окрім того, встановлено, що коли людина щось пригадує, то в цей момент її очні яблука спрямовані ліворуч, якщо фантазує, створює якісь образи, вигадує чи говорить неправду – то праворуч. Очі, опущені долі, можуть свідчити про те, що людина щось зосереджено переживає, звертається до свого чуттєвого досвіду, прислуховується до себе. Якщо людина непорушно дивиться перед собою, то вірогідно в цей момент вона занурена глибоко в себе, веде внутрішній діалог або перебуває у стані трансу.

Відкрита/закрита поза. Відкритою позою людини називають позицію тіла, при якій кінцівки (руки, ноги, пальці) жодним чином не перетинаються і вся поза людини демонструє її щире відкритість до співрозмовника. Така поза свідчить про відповідний психологічний стан людини – у цей момент вона є відкритою, щирою, вільно виражає себе, людина не боїться говорити на певну тему, не боїться співрозмовника, впевнена у собі. Навпаки, закрита поза як правило виникає тоді, коли людина відчуває себе невпевнено, їй некомфортно про щось говорити чи некомфортно спілкуватися із співрозмовником, коли вона хоче щось приховати або говорить неправду. Для цієї пози характерне перехрещення кінцівок: чим більше таких схрещень – тим більш закритою вважається поза. У такій позі людина ніби намагається захистити себе, дистанціюватися від співрозмовника – як фізично, так і емоційно.

Жестикуляція та окремі рухи голови, рук та ніг. Чим більш вільно у психологічному плані відчуває себе людина, тим більше вона дозволяє собі через своє тіло та кінцівки виражати свій стан та емоції, супроводжуючи думки та висловлювання, тобто жестикулювати. Чим більш скута людина в жестикуляціях в певний момент, тим більше вона подавляє прояв своїх емоцій і почуттів, і навпаки – чим більше та ширше вона жестикулює, тим більше спроможна виразити свої почуття, відтінки значення того, про що людина говорить або думає у даний момент. Деякі жести, наприклад, коли людина при розмові підіймає руки до обличчя, закриває пальцями собі рота або носа, потирає потилицю або лоба тощо), можна й треба інтерпретувати у контексті того, про що говорить і що каже людина. Те саме стосується міміки. При цьому важливо пам'ятати, що тлумачити її

чи інші прояви потрібно обережно та уважно. Оскільки, якщо при розумінні жестів не брати до уваги про що саме і як говорить людина, хто вона, яке її звичне середовище, де відбувається розмова, то можна легко помилитися.

Ставлення запитань. Запитання – один із основних елементів спілкування та збору інформації. Тому важливо свідомо та адекватно використовувати запитання у консультуванні для того, щоб розпочати консультацію; уточнити розуміння висловлювань та почуттів співрозмовника; отримати необхідну інформацію; розвинути нову тему для розмови; допомогти клієнту саморозкритися.

Запитання умовно можна поділити на відкриті та закриті. До відкритих запитань належать такі, на які не можна відповісти однозначно – «так» або «ні». Такі запитання заохочують людину до розмови і допомагають консультанту отримати максимум інформації про дії, почуття, дізнатися про ставлення, думки, почуття клієнта, дізнатися його історію. Одне з корисних у консультуванні запитань: «Ви могли б навести конкретний приклад?» є відкритим. До закритих питань належать питання, на які можна відповісти однозначно та коротко – «так» чи «ні». Вони мають перевагу тоді, коли треба фокусувати розмову на певній темі, встановити певний факт, отримати конкретну, точну інформацію, але в такому разі вся відповідальність за підтримання розмови лягає на консультанта.

Перше слово відкритих запитань часто призводить до певного роду відповідей. Наприклад, питання, які починаються зі слова «що», «хто», «де» нерідко призводять до розмови про факти, «як» – до обговорення почуттів або процесу, «яким чином, коли» – до виявлення послідовності, «чому» – до аналізу причин. Доцільним інколи буває запитання «навіщо». Адже та чи інша проблемна поведінка має для особистості якусь користь і це запитання спонукає замислитись над вторинною вигодою.

Опосередковані запитання наводять на певну тему, пропонують замислитись над певною проблемою. Вони, на відміну від закритих запитань, знижують ризик сугестії або симуляції.

Риторичні запитання не потребують відповіді, але розраховані на те, щоб викликати нові запитання і вказати на невирішені проблеми. Наприклад: «Хіба можна вважати те, про що Ви розповідаєте, актуальним переживанням?»

Проективні запитання дозволяють спроектувати свій досвід на досвід інших людей. Наприклад: «Багато людей при зміні погоди відчувають головний біль. А Ви?»

Переломні запитання дозволяють утримувати бесіду в визначеному руслі: «Отже, як Ви тепер уявляєте свої подальші стосунки з чоловіком?»

Отже, запитання не тільки допомагають розпочати розмову, а й деталізувати та наповнювати її, встановлювати конкретні факти з життя клієнта і оцінювати його ситуацію. Запитання можуть бути також використані для того, щоб контролювати почуття комфорту клієнта та темп проведення консультації [13, 14].

Переповідання та повторення висловлювань клієнта. Переповідання використовують задля перевірки консультантом власного розуміння висловленого співрозмовником і демонстрації співрозмовнику, що консультант правильно розуміє його. Переповідання та повторення слів та фраз можна використовувати і для того, щоб заохочувати співрозмовника до подальшої бесіди. Крім того, переповідання дає можливість співрозмовнику подивитися на те, що він розповідає, з іншого боку, через інші поняття та слова. Переповідання нерідко починаються з висловів: «Чи правильно я зрозумів, що...?», «Наскільки я розумію ...», «Іншими словами...» тощо.

Переповідати можна і своїми словами, коли ви впевнені, що розумієте сказане добре, але найкраще це зробити в тому стилі та вживаючи ті самі слова (особливо ті слова, які мають у розповіді співрозмовника важливе значення, або сенс яких вам до кінця незрозумілий).

Підсумовування. Як і переповідання, ця базова навичка консультування слугує для перевірки консультантом свого розуміння висловленого співрозмовником, а також для завершення певної теми або бесіди. Також його використовують для того, щоб допомогти співрозмовнику структурувати бесіду та встановити краще розуміння того, про що саме йдеться у розмові («Схоже, з того, що ви сказали, найголовніше...», «Якщо я вас правильно розумію, ви відчуваєте з приводу цього...»).

Віддзеркалення почуттів. Ця навичка – потужний та ефективний інструмент консультування. Для його використання важливо бути здатним до співпереживання та точним у висловлюваннях. Найчастіше віддзеркалення почуттів застосовується задля того, щоб

співрозмовник більшою мірою усвідомив, прийняв власні переживання, краще зрозумів себе або подивися на себе з точки зору інших («Ви відчуваєте, що...», «Ви були дуже цим стривожені й...»). Завдяки відображенню почуттів консультант має можливість підтримати співрозмовника, дати йому зрозуміти, що його переживання сприймаються, відчуваються, співпереживаються та розуміються консультантом. Метою цієї навички є прагнення зробити точними, певними і зрозумілими для клієнта невисловлені чітко, приховані емоції. Використання цієї навички також сприяє отриманню уточнень щодо емоційного життя клієнта; допомагає клієнту класифікувати свої змішані або амбівалентні почуття; поверненню клієнта до основного почуття, яке він переживав.

Від того, наскільки адекватно (доречно та некритично) консультант здатний віддзеркалювати почуття, залежить якість контакту між консультантом та клієнтом та ступінь довіри.

4.5. Ключові техніки консультування

Крім базових навичок, психолог та соціальний працівник, який проводить індивідуальне консультування клієнтів ЗПТ, має чітко засвоїти деякий набір моделей та технік спілкування, які притаманні професіоналам цієї галузі. Надалі всі ці знання та навички повинні інтегруватися у вміння аналізувати (діагностувати) ситуацію, ненав'язливо керувати нею, свідомо здійснювати ті чи інші акції, сприяти досягненню клієнтом його мети. До того ж, необхідно пам'ятати про етичні засади інтерв'ювання та вживання комунікативних технік тощо.

Звичайно, для ефективного консультування важливе ще й досконале володіння відповідними техніками, як-от: директива (вказівка); порада та надання інформації; інтерпретація; логічний висновок; саморозкриття; зворотний зв'язок та інші.

Директива виразно демонструє клієнтові, які дії консультант бажає, щоб здійснив клієнт. Директива сприяє клієнтові в розумінні задач і через неї можна допомогти клієнтові гарантувати дію. До директиви як техніки належать: висловлені або проявлені консультантом на адресу клієнта вимога, спонукання до певних дій, прийняття рішення за клієнта, жорсткий інструктаж щодо дій, наполеглива рекомендація тощо («Пропоную сходити Вам до ...», «Зверніть увагу на те, що зараз

Ви...», «Уявіть собі, що Ви знову опинилися в тій ситуації...»). Іншою мовою, при застосуванні даної техніки консультант бере на себе роль експерта і повідомляє клієнтові, що той має робити.

Сферою застосування директиви як техніки консультування є ситуації, в яких клієнт самостійно об'єктивно не здатний прийняти рішення і, як результат, це може завдати шкоди його здоров'ю або життю. Також директива може бути доречною, коли йдеться про певні методики, умови та графік лікування або консультування. Разом із тим бувають ситуації, коли консультант не має право брати на себе відповідальність за спрямування дій клієнта: наприклад, це стосується будь-яких рішень, які клієнт здатен прийняти самостійно, але з будь-яких причин уникає цього або ще не усвідомлює, що і як йому доцільно зробити для вирішення певної проблеми. Важливо пам'ятати, що людина вільна самостійно приймати рішення щодо особистісної сфери свого життя та власних цінностей. Для розв'язання подібних ситуацій консультант має уникати застосування директив як техніки та використовувати інші підходи та техніки.

Під час застосування директиви консультанту доцільно: використовувати відповідну мову тіла, інтонацію голосу та контакт очей, щоб підкреслити зміст директивного висловлювання; формулювати директиву зрозуміло й конкретно; перевірити, чи була директива зрозуміла і чи вплинула вона на клієнта, була ним обміркована.

Порада та надання інформації. За їхньою допомогою консультант має змогу передати клієнтові свої знання або потрібні клієнту відомості, поділитися власною думкою. Порада – це висловлювання консультанта, що показує варіант розв'язання проблемної ситуації («Я думаю, вам було б непогано проконсультуватися у юриста. Я можу дати вам його адресу та приймальні години», «За законом, стаття..., Ви маєте право не повідомляти лікарю про свій ВІЛ-статус» тощо). Надаючи клієнтові інформацію чи пораду, треба оцінити рівень його інтелектуального та культурного розвитку і переконатися в готовності клієнта їх сприйняти. Під час висловлювання необхідно бути максимально зрозумілим, конкретним та надавати інформацію або пораду своєчасно. Важливо перевірити разом з клієнтом, наскільки правильно він зрозумів думки фахівця.

Порада та надання інформації застосовується для того, щоб: дати можливість клієнту скористатися знаннями та досвідом консультан-

та; надати клієнтові певні факти або відомості, актуальні для нього; запропонувати конкретний алгоритм дій.

Інтерпретація – це пояснення, за допомогою якого консультант забезпечує клієнта альтернативною системою координат, в якій можна розглядати життєві ситуації. Іншими словами, інтерпретацією є пропонування клієнтові подивитися на «дійсність» з нової, іншої точки зору. Інтерпретування сприяє спроможності клієнта переосмислювати життєві ситуації і розглядати їх з інших, ніж власний, поглядів. Для того, щоб адекватно застосовувати інтерпретацію, консультантові необхідно кожного разу спочатку зрозуміти важливість і значення того, що він намагатиметься інтерпретувати.

Ефективність інтерпретації залежить від реакції клієнта на неї. Кожна з інтерпретацій забезпечує клієнта новим, альтернативним способом розглядання ситуації. Для консультанта буде важливим перевірити реакцію клієнта, наприклад, запитанням: «Як ви ставитесь до такої думки?» та/або уважним вивченням вербальних та невербальних реакцій клієнта. Якщо інтерпретація невдала, консультант може використати реакцію клієнта для підготовки інших інтерпретацій або застосування інших технік для продовження бесіди.

Інтерпретація застосовується для того, щоб: допомогти клієнтові глибше усвідомити себе та свою поведінку; змінити ставлення до своєї моделі поведінки; подивитися на ситуацію або свою поведінку в іншому світлі, з іншої системи відліку; дати поштовх для подальшого переосмислення своєї моделі поведінки або ситуації.

Логічний висновок як техніка консультування являє собою описання ймовірних результату або наслідків дії клієнта незалежно від того, негативні вони чи позитивні. Шляхом логічних висновків консультант може примусити клієнта усвідомити вплив його дій і полегшити прийняття рішення («Що буде, якщо ви просто розкажете дружині про свою проблему? Зважаючи на те, що ви розповіли про ваші стосунки, я думаю, вона буде дуже схвильована...»), «Якщо ви не відвідуватимете вчасно лікаря, ви можете пропустити важливі етапи розвитку хвороби і це значно погіршить стан вашого здоров'я», «Якщо ви зробите все, що намітили, вас будуть поважати»). Застереження теж є формою логічного висновку, мета якого полягає в тому, щоб інформувати особу про можливі негативні наслідки (нерідко застереження називають «передбачуваними покараннями» – вони мають небезпечну тенденцію зменшувати готовність клієнта до са-

мовираження та впевнених дій, а тому мають застосовуватися дуже обачно). Може здаватися, ніби логічні висновки є типом примусу або моралізаторства, проте завдання консультанта – допомагати клієнтові аналізувати ймовірності, таким чином працюючи над прийняттям рішення.

Для ефективного використання логічних висновків у роботі з клієнтом варто скористатися наступними рекомендаціями:

- на початку переконайтеся у тому, що ви зрозуміли ситуацію і сприйняття її клієнтом;
- у міру просування клієнта до прийняття рішення, заохочуйте його щодо міркувань про позитивні та негативні результати (ставлячи питання, роблячи припущення тощо);
- надавайте клієнту інформацію (у вигляді логічного припущення) як щодо негативних, так і позитивних наслідків будь-якого рішення чи дії. Якщо клієнт розмірковує лише про негативне, зверніть увагу і на позитивні наслідки, і навпаки;
- якщо це доречно (для багатьох людей цей крок буде непотрібним, оскільки вони й так зможуть прийняти рішення), надавайте клієнту підсумок позитивних та негативних наслідків (робіть це у нейтральному тоні, без власної зацікавленості);
- залишайте клієнта самого з логічними висновками і нехай він приймає рішення.

Конфронтація (буквально в перекладі з латини «позиція лицем до лица») – це вміння консультанта піддати сумніву, не погодитися з тим, що говорить клієнт, але так, щоб не викликати опору або розриву комунікації. В жодному разі конфронтація не означає ворожого ставлення до особистості або заперечення її права на власну точку зору. За допомогою цієї техніки клієнт може усвідомити суперечності у взаєминах, власних думках, вчинках, а також розбіжності між змістом вказаного та вчиненого ним. Конфронтація може реалізовуватися як у прямій жорсткій формі умовиводів, так і в прихованій – з використанням метафор.

Саморозкриття полягає в тому, що консультант ділиться власними почуттями, думками, досвідом з клієнтом. Доречне застосування цієї техніки консультантом може сприяти саморозкриттю клієнта і забезпечувати його корисними моделями зміни поведінки, слугувати клієнту психологічною підтримкою. Саморозкриття обов'язково

містить у собі «я-ствердження» або посилення на себе з використанням слів «я», «мене» «моє», дієслово, яке вказує на певну дію або почуття з боку консультанта («Я відчуваю, що мене дуже непокоїть ваш стан. Я хочу більше зрозуміти, що з вами відбувається...», «Коли ви це розповіли, я відразу пригадав свої відчуття, як минулого року я опинився в скрутній ситуації, тоді мені було дуже важливим поділитися своєю тривогою з кимось, кому можна довіряти...! зараз я радий, що поряд була така людина», «Я думаю, що це є важливим кроком, і мені дуже хочеться підтримати Вас в цьому»).

Саморозкриття є справжнім та ефективним, якщо воно є щирим та своєчасним. При цьому слід пам'ятати, що надто глибоке та ускладнене саморозкриття може віддалити або навіть налякати клієнта. Якщо клієнт спокійно щось обговорює з консультантом не виказуючи серйозних глибоких переживань, то саморозкриття з боку консультанта взагалі непотрібне. Проте, якщо наприклад, помітно, що клієнт хоче обговорити певну тему, але хвилюється, ледь помітне заохочувальне саморозкриття консультанта може бути доречним та спонукати клієнта до викриття такої теми.

Зворотний зв'язок забезпечує клієнту точну інформацію щодо того, як його сприймає консультант або інші особи («Зараз ти виглядаєш дуже впевнено...», «Те, як Ви розмовляєте зі мною, не дає мені можливість допомогти Вам», «Твої родичі говорять, що ти досить закрита людина...»). Застосовуючи цю техніку, консультант сприяє самодослідженню і самоперевірці клієнта, використовуючи те, як сприймають клієнта інші люди. Зворотний зв'язок може містити в собі й акт саморозкриття.

Можна виділити кілька важливих моментів щодо надання зворотного зв'язку:

- потрібно переконатися у готовності клієнта отримати й сприйняти зворотний зв'язок;
- зворотний зв'язок слід зосереджувати на тих значущих чинниках клієнта, стосовно яких він спроможний щось змінювати;
- зворотний зв'язок обов'язково має бути конкретним, коректним та уникати оцінювання;
- необхідно перевірити або запитати у клієнта, як він сприйняв зворотний зв'язок [15,-16].

У різному контексті, через різну глибину контакту з різними клієнтами деякі техніки можуть бути як ефективними, так і неефективними. Вкрай необхідно розвивати власне відчуття ситуації консультування, а для цього – набувати власного досвіду консультування.

4.6. Поведінкові втручання

Поведінкові втручання – систематизовані заходи просвітницького, навчального та підтримувального характеру, спрямовані на зміну поведінки.

Головний принцип зміни поведінки полягає у тому, що така зміна – це природний процес. Цей процес може бути усвідомленим та неусвідомленим. Людина несвідомо змінює свою поведінку під впливом обставин, які мають для неї функціонально-важливе, життєво-важливе значення. Людина свідомо міняє свою поведінку, коли зміни пов'язуються із чимось важливим та цінним, тобто, за наявності усвідомленого інтересу.

Соціально-психологічна реабілітація у програмах ЗПТ спрямована переважно на зміну поведінки та соціального становища клієнта. Відомо, що прийняття рішення з приводу зміни деяких видів поведінки дається людині нелегко. Досить часто люди заявляють про свої наміри, але не наважуються зробити принаймні щось, або роблять кроки до змін непослідовно або нерішуче. Нерідко людина може довгий час перебувати у стані роздумів та сумнівів з приводу того, чи змінювати поведінку, чи ні. Іноді, вже прийнявши рішення, людина раптом передумує ще до того, як встигає зробити перші кроки. Таким чином, процес зміни поведінки складається з двох компонентів: 1) роздумів з приводу зміни поведінки; 2) власне зміни поведінки.

Обдумування зміни поведінки включає:

- усвідомлення проблеми (людина отримує нову інформацію про наслідки певної своєї поведінки або переваги нової поведінки, що змушує її замислитись);
- емоційні переживання з приводу проблеми (переживання емоцій різної інтенсивності через наслідки своєї поведінки – дій або бездіяльності та бажання настання наслідків нової поведінки);

- усвідомлення впливу поведінки на інших людей, особливо близьких;
- переосмислення власних цінностей та пріоритетів (людина намагається з'ясувати, чому саме її не задовольняє дана поведінка або що їй дасть нова поведінка);
- оцінка власних та соціальних ресурсів (людина обдумує, чи вистачить її для змін, та які є додаткові переваги з боку оточення, які можуть стимулювати її змінити поведінку, та яка підтримка зміни поведінки з боку соціального оточення можлива).

Зміна поведінки включає:

- активізацію власних ресурсів (заохочення себе до активних дій, готовність до дій з метою зміни поведінки);
- формування підтримуючих стосунків (налагодження контакту з іншими людьми та обговорення з ними зміни поведінки);
- створення умов, які сприяють зміні поведінки та закріпленню нової поведінки (дії або бездіяльності);
- створення системи заохочення підтримки зміненої поведінки;
- формування нової моделі поведінки та її закріплення.
- Для глибшого розуміння стратегій консультативної роботи з людьми із залежністю необхідно розглянути етапи змін, які проходить людина, змінюючи свою поведінку. Ці зміни поведінки американські фахівці Джеймс Прохаска та Карл ДіК-лементе представляють у вигляді руху по колу.

Так, людина на етапі незацікавленості у зміні свого способу життя, не помічає або не бажає помічати негативні наслідки нинішньої поведінки. Такою поведінкою може бути не лише вживання психоактивних речовин, але й нездорове харчування, небажання робити зарядку тощо. Яким має бути втручання психолога або соціальних працівників на такому етапі життя людини? В першу чергу, ніякого засудження людини, але і не потурання шкідливому способу життя. Поведінка людини – це її вибір. Тому, приймаючи людину як особистість, яка може вибирати спосіб життя, необхідно спробувати похитнути її віру, заставити сумніватися у виборі шкідливої поведінки. Допомогти у цьому може надання об'єктивної інформації (без залякування та перебільшення) про наслідки шкідливого способу життя, вказування на вже очевидні негативні наслідки для людини її поведінки, насажуючи приклади інших, адреси, де можна отримати допомогу тощо. Але

найголовніше – це залишити за людиною право звернутися за допомогою тоді, коли вона вирішить, що їй це необхідно.

Мал. 4.3. Етапи змін, які проходить людина, змінюючи свою поведінку



Якщо людина вирішила змінити свою поведінку, то наступний етап, який вона пройде, будуть роздуми про зміну. Цей етап характеризується ваганнями щодо зміни, які пояснюються амбівалентністю людини залежної, вона не впевнена, що зміна можлива, потрібна і бажана. Для цього з клієнтом необхідно обговорити переваги та недоліки можливих змін. І якщо людина не буде бачити позитиву у майбутніх змінах, то завдання соціальних працівників допомогти виявити ті фактори, які будуть сприяти прийняттю рішення про необхідність подальшої зміни у житті.

На етапі підготовки до змін надзвичайно важливим є обговорення бар'єрів, які потрібно буде здолати, та планування змін. Клієнт має обдумати, чого він хоче, як він досягне цього, хто йому допоможе у цьому і які для цього необхідні ресурси. Важливо, щоб людина побачила перед собою чіткий план дій, який можна виконувати «пря-

мо зараз». Слід зауважити, що план – не догма, він може зазнавати змін, що залежать від нинішньої ситуації клієнта. Так, клієнт, який прийняв рішення лікуватися, скоріше за все включить до свого плану пошук відповідної до його потреб та можливостей лікарні та реабілітаційного центру, консультації із лікарями та соціальними працівниками тощо. Клієнт, перебуваючи на етапі реабілітації, скоріше за все, буде планувати повернення у соціум: влаштування на роботу, налагодження контактів із сім'єю, організація системи підтримки тощо.

На етапі здійснення змін людина запроваджує зміни у своє життя: вона розпочинає лікувально-реабілітаційний процес. Це доволі складний період у житті, адже зміни сприймаються як невласиві людині, незвичні для неї. Тому важливим є наступний етап, нерозривно пов'язаний із попереднім, – підтримка змін. На цьому етапі необхідно подумати над системою підтримки та закріплення змін. Залежна людина повинна чітко усвідомлювати, хто і коли може її підтримати у змінах. До такої системи підтримки можуть входити соціальні працівники, родина клієнта, реабілітаційний центр, група самопомогги тощо. Якщо була добре сформована система підтримки і процес реабілітації був тривалим, то клієнт має всі шанси перейти на рівень безпечного способу життя.

Якщо людина не в змозі зберегти зміни, то старий спосіб життя повертається. Це відбувається через низку причин: іноді тому, що в житті людини трапляються якісь особистісні зміни, через які процес змін втрачає свою цінність; іноді тому, що зникає або стає менш ефективною підтримка оточення; можливо у людини не було адекватного усвідомлення, яким складним і тривалим є процес зміни поведінки. Важливо пам'ятати, що рецидив – це нормально, це не катастрофа, а новий досвід, який необхідно оцінити, врахувати і виробити рекомендації на далі. Разом з тим, рецидив не є неминучим, але при цьому він – частина процесу.

Зрив асоціюється із ситуаціями підвищеного ризику, які можуть підпадати під такі категорії: негативні емоційні стани, які важко подолати (сум, агресія, нудьга тощо); міжособистісні конфлікти; соціальний тиск. Важливою є профілактика рецидиву через навчання, як справлятися із ситуаціями підвищеного ризику. Оскільки етапи змін зображені у вигляді руху по колу, то з етапу зриву людина рухається знову до етапу роздумів про зміну. Але ситуація зриву може бути настільки деморалізуючою, що клієнт втратить віру в мож-

ливість позитивних змін і повернеться до етапу незацікавленості в зміні ризикованого способу життя.

Таким чином, люди просуваються вперед або назад по стадіях змін, проводячи різну кількість часу на кожній стадії. Але, так чи інакше, люди, які успішно змінили свій спосіб життя, пройшли всі стадії.

Дії консультанта щодо підтримки змін у поведінці клієнта мають базуватися на розумінні того, що допомагає людині рухатися від етапу до етапу на шляху до змін. На початкових етапах змін роздуми про ситуацію та можливість/необхідність/бажаність змін допомагають просуватися вперед. На наступних етапах власне зміна поведінки просуває людину вперед до результату.

Консультант має прагнути допомогти клієнту усвідомити зміну як процес дій, а не як миттєвий результат або здійснення бажання. Важливо утримувати клієнта від негайного переходу до необдуманих дій, допомагати йому приймати рішення на підставі ретельно зважування «за» та «проти» змін, обдумувати свої кроки, надавати наснаги щодо можливості реалізувати зміни та застерігати від можливих труднощів.

Модель зміни поведінки, запропонована Прохаскою та ДіКлементе, являє собою схему, яка дозволяє зрозуміти, в якій послідовності відбувається зміна поведінки людини. Ця модель корисна, оскільки підкреслює, що на різних стадіях зміни поведінки необхідні різного роду втручання. Відповідно до моделі було розроблено цілі та стратегії участі консультанта, залежно від того, на якій стадії перебуває клієнт.

Найважливіше завдання психолога та соціального працівника – встановити, на якій стадії зміни поведінки перебуває клієнт, визначити його рівень мотивації щодо змін та на основі результатів спостережень вибрати відповідну стратегію консультування. Якщо стратегія вибрана невдало, консультант витратитиме більше зусиль на просування клієнта до змін, ніж цього вимагала б ситуація, при цьому клієнт, вірогідно чинитиме опір надмірним старанням консультанта. Тому важливо пам'ятати про цей принцип – адекватності втручання.

Орієнтовний перелік запитань, які допомагають визначити, на якій стадії зміни певної поведінки перебуває людина:

- Чи ви думали коли-небудь над тим, щоб змінити/припинити/зробити ...?

- Чи ви плануєте що-небудь змінити/припинити/почати щодо... найближчим часом (скажімо – найближчих півроку)?
- Чи ви пробували раніше що-небудь зробити з (змінити/припинити або розпочати іншу поведінку)? Що саме ви пробували? Що відбувалося? Чого ви досягли? До чого ви прийшли? тощо.
- Як ви думаєте, наскільки вірогідно, що ви зміните/припините/почнете ...? [17, 18].

Таким чином, до початку змін клієнт має бути вже зацікавлений у змінах та готовий до змін. Застосування певних (мотиваційних) підходів може допомогти клієнту перейти від незацікавленості через роздуми до активних змін.

4.7. Мотиваційний підхід у роботі з наркозалежними

Мотивація – система стимулів (мотивів), які спонукають людину до дії або бездіяльності. Під мотивацією розуміють не те, що хтось має, а скоріше всього те, що хтось робить. Це включає усвідомлення наявності проблеми, пошук шляху змін, а згодом чітке дотримання цієї стратегії змін.

Мотиваційне інтерв'ювання – це засіб для пробудження внутрішньої власної мотивації клієнта до змін. Провідним принципом такого інтерв'ювання є створення помітного дисонансу або протиріччя між теперішньою поведінкою та важливими особистісними цілями та цінностями людини. Одним з методів для досягнення цього є спонукання клієнта до оцінки власного ставлення до вживання наркотиків, їхнього впливу, пошуку фактів, які б свідчили, що вживання наркотиків – це проблема, визнання потреби у змінах та готовності змінюватися. Консультант намагається показати клієнтові, що будь-які рішення, які приймає клієнт, є передусім його рішеннями, і для консультанта не має значення, що це за рішення – продовжувати вживати, спробувати вживати контрольовано чи зовсім не вживати.

Отже, мотиваційне інтерв'ювання не є технікою або шляхом обману для примусу людей робити те, що ви хочете, щоб вони робили. Якщо поведінка клієнта несумісна з метою або цінністю, яка декларується клієнтом, це навряд чи можна вважати зміною.

Консультант не примушує клієнта визнати, що він має серйозні проблеми і потребує змін. Замість цього терапевт намагається допомогти клієнтові реалістично оцінити власну ситуацію.

Мотиваційне консультування будується на чотирьох ключових принципах:

1. **Виявляти емпатію.** Вміле рефлексивне вислуховування є основою налагодження контакту, а прийняття сприяє змінам.
2. **Розвивати амбівалентність/протиріччя клієнта.** Амбівалентність клієнта є нормою. Потрібно допомагати пацієнту усвідомлювати наслідки амбівалентності, розвивати протиріччя між теперішньою поведінкою та значимими цілями. Це сприяє змінам і не посилює опір клієнта. Важливо, щоб сам клієнт пропонував аргументи до змін.
3. **Аналізувати опір клієнта, уникати конфронтації.** Опір клієнта є сигналом до зміни стратегії поведінки. Важливо вміло використовувати опір клієнта (не протистояти, а приєднуватися), уникати засудження, критики, «таврування» та «зміщати» сприйняття клієнта до більш позитивного («рефреймінг»). Як показує досвід, конфронтація з переконаннями клієнта не є продуктивною.
4. **Підтримувати внутрішні резерви клієнта.** Вітати, але не нав'язувати нові перспективи, якщо їх ініціює клієнт – потрібно вірити в його компетентність. Клієнт несе відповідальність за свій власний вибір та можливі зміни в собі – необхідно визнавати його свободу вибору. Слід підживлювати надію на можливість реалізації альтернативних підходів до вирішення проблем.

Мінімальні втручання під час мотиваційного інтерв'ю (FRAMES). Численними дослідженнями з'ясовано, що мотиваційні техніки, які фокусуються на короткотривалих інтервенціях, є на диво ефективними для зміни поведінки «вживання». Під час досліджень змісту інтервенцій, які виявилися ефективними, було зафіксовано шість спільних елементів. Міллер визначив перелік мотиваційних інтервенцій, що мають на меті збільшення вірогідності того, що люди, які зловживають психоактивними речовинами, вступлять у програму та продовжуватимуть лікування. Їхня абревіатура англійською

мовою пишеться як FRAMES, що одночасно перекладається з англійської як межі, принципи.

Компоненти **FRAMES**, які використовують під час мотиваційного інтерв'ювання:

- **Feedback** – забезпечення зворотного зв'язку. Надання об'єктивної інформації про фізичний, психічний та соціальний стан, доповнений нейтральною інформацією про наслідки вживання ПАР призводить до розуміння свого стану, що є умовою до свідомих змін.
- **Responsibility** – акцент на власній відповідальності клієнта. Це знижує протидію, підвищує вірогідність початку процесу змін та того, що клієнт буде його притримуватись.
- **Advice** – надання прямих порад/рекомендацій про можливість. Хороша порада передбачає передачу клієнту професійних знань. Але порада тільки в тому випадку буде мотивувати, якщо за клієнтом залишається свобода вибору – прислухатися чи ні, і якщо при цьому немає тиску або повчання.
- **Menu** – пропонування та забезпечення альтернативних підходів. Це передбачає як різні варіанти цілей (покинути вживання наркотиків чи тільки зменшити частоту вживання, або вживати тільки неін'єкційним шляхом) так і різні методи здійснення змін (за допомогою професіоналів чи в групах взаємодопомоги та інші). Наявність свободи вибору збільшує вірогідність того, що клієнт буде притримуватися прийнятого ним самим рішення.
- **Empathy** – емпатичне ставлення. Повага та співчуття допомагає створити довірливі відносини та сприяє готовності клієнта до змін.
- **Self-efficacy** віра у власну здатність до змін. Віра в те, що клієнт спроможний зробити (або не зробити!) щось важливе підвищує його здатність до ефективної реалізації його власних рішень. Здатність до самореалізації можна підвищити, якщо консультант буде вірити в можливість змін та з оптимізмом підтримувати клієнта [19].

Розділ 5.

Групова робота

5.1. Особливості групового консультування

Одним із різновидів соціально-психологічної реабілітації клієнтів ЗПТ є проведення групових консультативних занять. Зазвичай консультативні групи використовують певні психологічні теорії, скажімо, психоаналітичні, трансактного аналізу, гуманістичні, когнітивні, зосереджені на стосунках, почуттях, досягненні особистих змін завдяки груповій взаємодії. Крім консультативних, психотерапевтичних груп, у соціальній роботі також поширені освітні (інформаційні групи), групи самодопомоги, групи дій тощо.

Власне, під **груповою роботою** розуміють метод надання допомоги групі осіб з подібними життєвими проблемами, об'єднаних близькими інтересами, шляхом залучення членів групи до процесу вирішення наявних у них проблем, задоволення їхніх інтересів.

Групова робота має низку позитивних чинників, що мають терапевтичний ефект:

- універсалізація – узагальнення проблем, потреб, почуттів, мотивів. Люди починають розуміти, що інші відчувають подібне і мають такі самі проблеми. Зникає відчуття унікальності своєї проблеми, почуття відчуженості та самотності, підвищується самооцінка;
- зворотний зв'язок – отримання від інших людей щирої та правдивої інформації про себе, свою проблему та шляхи її розв'язання. При цьому зворотний зв'язок має бути точним, конкретним та неосуджуючим, а різні думки дають простір для вибору;
- згуртування – відчуття підтримки з боку інших членів групи, розуміння того, що всі вас сприймають як особистість;
- інсайт та навчання на міжособистісних взаємодіях. Спостереження за поведінкою людей у групах доводять, що в процесі групової роботи, клієнти діють у групах так само, як і в житті, адже приходять у групи з певними патернами поведінки (нав'язливої жінки, нестриманого чоловіка тощо). Працюючи в групі, клієнт може дійти до розуміння чогось важливого в

собі, включно із поведінкою, фантазіями, очікуваннями, прагненнями, думками;

- поява надії (ефект позитивного настрою). Необхідно періодично звертати увагу групи на позитивні наслідки групової роботи. Принципово необхідна віра тренера (терапевта, ведучого) в себе і в ефективність власної групи;
- орієнтація на альтруїзм дозволяє учасникам групи по-іншому поглянути на себе. Адже клієнти часто глибоко деморалізовані й упевненні, що їм немає чого запропонувати іншим. Кращий спосіб допомогти людині – це дозволити їй допомогти вам. Альтруїзм непрямо приводить до посилення чутливості клієнта до інших людей, до зменшення надмірної зосередженості на собі.

Загалом, терапевтичні ефекти групи та групової роботи становлять основу для подальших змін клієнтів, а тому фахівець (психолог, соціальний працівник), відповідальний за групову роботу, повинен належним чином активізувати та заохочувати виявлення цих ефектів.

Отже, групи можуть бути корисною ареною для розв'язання проблем, надання емоційної підтримки та розвитку впевненості в собі СІН, які є клієнтами ЗПТ.

До методів групової роботи належать: групові інтерв'ю; групова консультація; соціально-психологічний тренінг; лекція, бесіда, дискусія; організація групи взаємодопомоги або групи соціальної дії.

Метод групового інтерв'ю використовують для виявлення та дослідження широкого кола проблем цільової групи, він дає змогу в короткий час зібрати інформацію щодо клієнта. В соціології метод групового інтерв'ю називають методом фокусної групи.

Технологія проведення групового інтерв'ю: підготовка обладнання та приміщення; комплектування групи; власне проведення групового інтерв'ю (етап встановлення контакту з групою; обговорення запитань; завершення); підсумки.

Метод групової консультації. На відміну від групового інтерв'ю, проводиться з реальною групою, яка має спільну проблему, а також тоді, коли проблема одного члена групи вимагає спільних дій групи.

Групове консультування дає змогу не лише виявити і проаналізувати проблему групи, а й мобілізувати всіх членів групи на спільні дії, спрямовані на подолання проблем, дозволяє подолати внутрішні перешкоди на шляху спільних дій.

5.2. Групова динаміка

Ведучому групи, який планує форми і методи роботи, варто знати, що група має певні **фази розвитку** – групову динаміку (табл.6.1).

Таблиця 6.1. Етапи групового розвитку

Етап	Орієнтація групи на завдання	Розвиток структури групи
Формування	<ul style="list-style-type: none"> • визначення завдання; • невдоволення умовами; • інтелектуалізація; • недоречні проблеми; • спроби визначити ситуацію. • взаємний обмін інформацією; • підозра (мало роботи). 	<ul style="list-style-type: none"> • значна тривога; • перевірка відносин; • залежність від лідера; • вагання щодо участі; • «чи вони дозволять мені приєднатися?»
Бурхливі шторми	<ul style="list-style-type: none"> • опір цінності завдання; • люди реагують емоційно на вимоги завдання; • ворожнеча там, де потрібен високий рівень особистої відданості. 	<ul style="list-style-type: none"> • двоїсте ставлення до лідера; • захист, змагання, ревності; • виникнення конфліктів.
Нормування	<ul style="list-style-type: none"> • висловлення думок; • вміння висловлювати почуття; • складаються плани, які спрацьовують. 	<ul style="list-style-type: none"> • розвиваються зв'язки групи; • виникають норми; • вирішено питання про авторитет; • члени групи ідентифікують себе нею.
Виконання	<ul style="list-style-type: none"> • сильна орієнтація на мету; • проникливість та розуміння. 	<ul style="list-style-type: none"> • зрозумілі, але гнучкі ролі; • прагматизм у підтримці завдання; • задоволення від досягнень.

Прихильність	<ul style="list-style-type: none"> пошук додаткової роботи, подальших завдань; оцінка ефективності групи. 	<ul style="list-style-type: none"> бажання зустрітися знову; невизнання того, що групова робота може закінчитися; учасники можуть виявляти додаткову енергію або ентузіазм щодо групи.
---------------------	---	---

Є ще один погляд на груповий процес, згідно з яким виділяють три основних стадії, проте не кожен клієнт перебуває на тій же стадії, що й інші члени групи, й можливе повернення до попереднього етапу:

- «всередину – назовні» (стадія залежності від фахівця-ведучого, коли члени групи очікують інструкцій, панує невизначеність, у зв'язку з потребою залишатися в групі клієнт, зазвичай, намагається поводитися якнайліпше, але його участь поверхнева);
- «вгору – вниз» (стадія конфлікту, коли виникають змагальність, розчарування, фрустрація, гнів, спрямовані проти працівника та інших членів групи, разом із тим клієнти дізнаються про можливість вираження гніву без негативних наслідків);
- «далеко – близько» (стадія появи близькості, коли члени групи демонструють більшу довіру один до одного, готовність поділитися переживаннями, вдатися до саморозкриття, звичайно, й негативні почуття можуть виражатися, але вони виникають у контексті підтримуючої робочої ситуації, побудованої на взаєморозумінні).

5.3. Організація і проведення групової роботи

Кожна конкретна групова робота є унікальною й має власний невідтворюваний досвід. Разом із тим можна говорити про певні етапи групової роботи та загальний зміст діяльності на кожному з них.

Групова робота складається з таких фаз, як планування, проведення переговорів та узгодження діяльності, проведення зустрічей групи, завершення роботи та її оцінка.

На етапі **планування групової роботи** важливо визначити контекст, у якому вона відбуватиметься, зокрема: різні потреби та можливі

форми участі різних зацікавлених сторін, адже кожна з них привносить власний досвід, очікування, переконання, надії та страхи, котрі у взаємодії виступають чимось більшим, ніж просто сума частин; цінності та припущення, на які спирається прийняття рішення щодо запропонованих методів втручання; наявність ресурсів та підтримки групи.

На цьому етапі необхідно також визначити мету та завдання групи. Бо продуктивною є тільки та група, в якій є чіткі й зрозумілі для всіх цілі, що породжує довіру до діяльності групи. Деякі різновиди груп більше орієнтовані на завдання, ніж інші, проте процес досягнення правильно поставленої мети завжди є важливим. Звісно, потрібно узгодження програми та методології з усіма зацікавленими сторонами, зокрема іншими членами мультидисциплінарної команди програми ЗПТ.

Наступний етап – **фаза переговорів та узгодження**, під час якої формується група й визначається, якою вона буде: відкритою чи закритою; гомогенною чи гетерогенною; довготривалою чи короткочасною; великою чи малою; спрямована на вирішення внутрішніх чи зовнішніх проблем; з добровільною чи обов'язковою участю. Ідеальним є склад групи в 5-7 осіб, оскільки це дозволяє швидко її консолідувати. Якщо група розширюється, то більше уваги потрібно приділити організаційній роботі, аби кожен її член включився в те, що відбувається, й не виникало фракцій у середині групи.

Ще до проведення зустрічей групи психологи або соціальні працівники часто проводять індивідуальні зустрічі з потенційними учасниками групи. Це дає змогу налагодити особисті стосунки, вивчити відповідні очікування та турботи, мотивувати клієнтів до активної участі в групі. Група, безумовно, є соціальним мікрокосмом, і в ній відбиваються ті соціальні установки, відносини влади й форми дискримінації (наприклад, сексизм або расизм), котрі превалюють у ширшому суспільстві. З огляду на це консультанти прагнуть вжити заходів ще на підготовчому етапі, аби протидіяти упередженому ставленню.

Важливим є й **визначення основних правил групи**. Хоча ці правила приймають за згодою членів групи, і вони можуть бути різноспрямовані, однак, існують деякі правила, прийняття яких обов'язкове або дуже бажане для кожної групи:

- конфіденційність;
- розв'язання конкретних проблем;

- необхідність говорити від власного імені («Я хочу..., можу..., думаю...»);
- звертання до інших членів групи на «ти»,
- вживання імені, замість «він/вона»;
- активність членів групи при розв'язанні проблем;
- дотримання принципу «тут і тепер» (перевагу надають розгляду актуальних проблем, аналізу думок і почуттів, які виникають у ситуаціях роботи групи, навіть якщо ці думки і почуття стосуються минулих подій).

Важливими можуть бути й такі правила як активність усіх учасників, добровільність участі й висловлювань, правило «стоп», відсутність критики інших та демонстрації поваги до інших тощо.

Проведення групи, як зазначалося раніше, залежить від мети та призначення групи, а також інших чинників. Проте в кожному разі воно сконцентровано навколо організації комунікації між учасниками групи. Для цього можна застосовувати:

- **аудіовізуальні засоби** (наприклад, проведення групової роботи на тему «Вирішення міжособистісних проблем» чи «Проведення дозвілля» може включати перегляд відповідних навчальних відеофільмів);
- **друковані матеріали** (наприклад, опитувальники, звіти);
- **емпіричні методи** (наприклад, вправи, ігри, рольові ігри);
- **графічні матеріали** (діаграми, фотографії, записи на фліп-чарті тощо, наприклад, під час групової роботи із наркозалежними можна скласти діаграму «Але чому», яка демонструє причинно-наслідкові зв'язки вживання наркотиків, ставлення оточуючих до споживачів наркотиків, допомагає виявляти стратегії, що впливають на вирішення проблем);
- **зміна складу** (наприклад, робота в парах, трійках чи малих групах).

Одним з найпростіших і найпопулярніших методів роботи з групою є **«мозковий штурм»** – техніка групової дискусії, яка заохочує учасників групи до активного обміну інформацією та досвідом.

Кожна зустріч учасників групи може бути побудована на заздалегідь **визначеному сценарії** або ж зосереджуватися на певній про-

блемі, привнесеної членом групи. Звісно, деякі теми можуть об'єднати присутніх, а деякі – можуть загальмувати груповий розвиток.

У програмах ЗПТ групова робота передбачає залучення пацієнта протягом 6 місяців до: 1) 24 групові психотерапевтичні сесії на певну тематику; 2) 24 заняття освітньої програми, що проводяться у вигляді інтерактивних лекцій, присвячених найважливішим аспектам хімічної залежності, сімейних та сексуальних стосунків, духовним проблемам тощо; 3) 24 тренінги навичок поведінки (асертивності, спілкування, вирішення конфліктів та інших); 4) регулярної роботи у групах взаємодопомоги на кшталт Анонімних Метадонщиків.

Вибір тематики для групових занять із клієнтами, залежними від ПАР, залежить від етапу реабілітації, на якому вони перебувають. Зібранням новачків притаманний мотивуючий характер, вони покликані допомогти клієнтам глибше усвідомити власні проблеми. Тому групові зустрічі з ними можуть мати таку тематику: «Як я уявляю зміну свого життя під впливом ЗПТ»; «ЗПТ та прийом вуличних наркотиків»; «Що провокує моє вживання вуличних наркотиків»; «Яка соціальна та психологічна підтримка мені потрібна»; «Як виявляється моя залежність і як я її долаю»; «Як покращити моє здоров'я»; «Як отримати якісну медичну допомогу»; «Здійснені правопорушення, що досі мене турбують»; «Як змінювати власну поведінку»; «Як знайти роботу»; «Чим відрізняється залежна людина від „незалежної“»; «Що означає любити себе і як це робити»; «Взаємовідносини в родині»; «Найчастіші конфлікти та як я їх вирішую»; «Як долати негативні емоції»; «Як бути другом»; «Моя система підтримки здоров'я», «Отримання підтримки в одужанні з боку інших людей» тощо.

Однією з важливих особливостей групової роботи є організація отримання **зворотного зв'язку** від учасників групи. Це дає змогу відстежувати те, що відбувається в групі й коригувати її діяльність. Для цього потрібно сформулювати умови для конструктивної критики, висловлювання позитивних та негативних оцінок стосовно конкретних подій у групі, тверджень тощо, надати можливість висловитися усім учасникам групи.

Можливо використати різні техніки спонукання до висловлення оцінок учасниками групи: малюнки, що віддзеркалюють настрій, діаграми настрою (скажімо, градусник чи барометр), опитувальники, відкриті запитання. Прикладами таких запитань можуть бути такі:

- Що вам видалось найкориснішим сьогодні?
- Чи було щось таке, що заважало вам сьогодні?
- Які частини зустрічі були для вас найбільш і найменш вдалим?
- Наскільки ми зуміли залучити кожного до обговорення?
- Наскільки ми просунулися в тому, щоб навчитися краще чути один одного?
- Які дві чи три поради ви можете дати ведучим групи, щоб наступного разу вони краще проводили зустріч групи?

Зворотний зв'язок не повинен пробуджувати почуття провини, а має сприяти підкріпленню позитивної поведінки. Тому позитивні оцінки мають завжди передувати негативним. Критиці можна піддавати лише певні вияви поведінки, а не особистість учасника групи в цілому. Консультанти повинні вчити людей висловлювати критику від першої особи (не «Ти ігнорував мене!», а «Я почував себе так, ніби Марія весь час ігнорувала мене й не промовила до мене жодного слова»).

Завданнями етапу **завершення участі в груповій роботі** є:

- 1) допомогти учасникам групи побачити зв'язок між негативними почуттями, які викликає в них наближення до прощання, та їх минулими проблемами (особистими втратами; соціальною ізоляцією);
- 2) зробити акцент на позитивних почуттях, пов'язаних із завершенням програми, підготувати групу до припинення участі в зустрічах одного з учасників;
- 3) пригадати, як відбувалась робота групи, яких особистих успіхів досяг клієнт та завдяки кому з членів групи;
- 4) визначити, яка подальша робота потрібна члену, що покидає групу, й дати – при потребі – рекомендації клієнту та його родині.

Від того, як пройдуть останні зустрічі, часто залежить ефективність групової роботи для конкретного учасника та в цілому [5, 6, 20].

5.4. Групи взаємодопомоги

Групи взаємодопомоги (групи самодопомоги, самокеровані групи) згуртовують людей, що мають однаковий досвід, життєву

ситуацію або проблему, і збираються разом для вирішення своїх індивідуальних проблем, одночасно допомагаючи вирішити проблеми іншим членам групи.

Групи самодопомоги мають створюватися самими клієнтами, але можуть й за ініціативою та допомогою медичних або соціальних працівників. Такі групи не є юридичними організаціями, а існують тільки для надання відповідної інформації та психологічної допомоги своїм учасникам. Часто в таких групах використовують програму 12 Кроків, або іншу духовну концепцію, за допомогою якої учасники поліпшують свій психологічний стан, знаходять надію та розуміння друзів і добрих знайомих. Для клієнтів ЗПТ можна рекомендувати участь у групах Анонімних Наркоманів (НА). Традиційно ці групи орієнтовані на повну відмову від наркотиків, але не має обмежень й для тих, хто приймає ЗПТ. Згідно традиції Анонімних Наркоманів, вживання призначених лікарем наркотичних речовин не вважається порушенням тверезості. Участь у таких групах допомагає наркозалежним швидше стабілізувати свій психологічний та соціальний стан.

Завдяки участі у групах самодопомоги СІН, які беруть участь у програмі замісної терапії, отримують:

- необхідну інформацію про хворобу залежності, та способи її лікування;
- психологічну підтримку;
- надію на зупинення хвороби, завдяки адекватній терапії;
- зв'язок із професіоналами, які надають спеціальну допомогу, залучаючи клієнтів через такі групи.

Групи самодопомоги у програмі ЗПТ спрямовані переважно на психотерапевтичний процес, прагнуть допомогти своїм членам подолати кризові ситуації, надати їм моральні сили для боротьби за своє здоров'я та добробут. Мета роботи таких груп – підвищення самосвідомості та самооцінки, впевненості учасників у собі, надання моральної підтримки у вирішенні психологічних, соціальних та матеріальних проблем, обмін досвідом із тими, хто подолав схожі проблеми.

В преамбулі Анонімних Метадонщиків стверджується: «Головною ціллю цієї програми є вміння навчитися розвивати позитивний спосіб життя, жити в гармонії з самим собою та іншим світом, та допомогти тим з нас, хто до сих пір страждає на всякого роду хімічні залежності досягнути та зберегти тверезість. Ми вважаємо, що пос-

тійне утримання від заборонених опіатів та інших хімічних речовин, включно з алкоголем, є головною ціллю одужання.»

Більшість зібрань груп АМ проходить на базі клінік, де ці пацієнти отримують ЗПТ.

Вступ до самокерованої групи – важливий крок у житті, особливо для людей, які не звикли бути в організованих групах. Потенційним членам треба знати, чи буде ця група безпечним місцем, де можна вільно висловлюватися й не зазнавати упередженого, дискримінаційного ставлення.

Фахівці відзначають потенційні можливості самодопомоги, яка включає, на їхню думку, елементи допоміжної психотерапії, коли людина, виступаючи в ролі помічника іншого, виявляє вміння знайти рішення в складній ситуації. Отримавши відповідні навички, навчившись бути помічником, людина поводить асертивно, демонструє нові для неї патерни поведінки. Це може стати умовою для переходу від ролі учасника групи до ролі члена суспільства [21].

Участь соціального працівника в групах самодопомоги залежить від етапу, на якому перебуває група:

- створення групи (соціальний працівник долучається до формування групи та вирішення організаційних питань);
- початок роботи групи (соціальний працівник допомагає членам групи налагодити стосунки та розробити групові норми, визначити цілі та завдання групи, планувати її дії);
- діяльність групи (соціальний працівник бере участь у розв'язанні складних ситуацій, які виникають у процесі роботи групи, виконанні обраного плану дій).

Іншими словами, соціальний працівник сприяє зміні фокусу діяльності групи від концентрації на власних проблемах її членів через саморозвиток до зростання свідомості, коли учасники групи вчаться приймати відповідальність за зміни, стають більш впевненими у власних силах, навчаючись розв'язувати власні та колективні проблеми без допомоги фахівця.

Отже, допомагаючи організовувати та проводити групи самодопомоги для клієнтів програми ЗПТ, потрібно зважати на те, що це справді має бути само- та взаємодопомога, а не звичайна терапевтична група, яку веде фахівець-фасилітатор.

Література

1. УКАЗ ПРЕЗИДЕНТА УКРАЇНИ № 1208/2007 «Про додаткові невідкладні заходи щодо протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні» від 12 грудня 2007 року. <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=1208/2007>
2. Дворяк С.В., Антоняк С.М., Гришаєва І.В. Національний клінічний протокол лікування ВІЛ-позитивних людей, які є споживачами наркотиків, в рамках реалізації програми Глобального фонду боротьби зі СНІД, туберкульозом та малярією «Подолання епідемії ВІЛ/СНІД в Україні». – К., 2005. – 36 с.
3. Богдан Д. З., Філь С. С. Вулична соціальна робота як метод профілактики ВІЛ / СНІД // Магістеріум. – Вип. 15. Соціальна робота і охорона здоров'я. – К.: Києво-Могилянська Академія, 2004.
4. Мерсер Д.Е., Вуді Д. Індивідуальне консультування наркозалежних: Пер. з англ. – Одеса, 2001. 112 с.
5. Соціальна робота. в 3-х ч. – Ч.2. Теорії та методи соціальної роботи / За ред. Т.В. Семигіної, І.М. Григи. – К.: Києво-Могилянська академія, 2004. – С. 136-141.
6. Теорії і методи соціальної роботи: Підручник для студентів вищих навч. закладів / За ред. Т.В. Семигіної, І.І. Миговича. – К.: Академвидав, 2005. – С. 126-132.
7. Представництво інтересів соціально вразливих дітей і сімей / За ред. Т.В. Семигіної. – К.: Четверта хвиля, 2004.
8. Волкер Д. Консультування у регіональних установах соціальних служб: практика, що стоїть за теорією // Практична соціальна робота / За ред. П. Картер, Т. Джефса, М. К. Сміта. – К.-Амстердам: Асоціація психіатрів України, 1996. – С. 64.
9. Кочюнас Р. Основи психологического консультирования. – М.: Академический проспект, 1999. – 240 с.
10. Дууэл М., Марш П. Ориентированная на решение задач социальная работа. – К.-Амстердам: Ассоциация психиатров Украины, 1997.
11. Шабарова З. А., Пурик Е. П., Кобыща Ю. В., Тахтомыш А. М. Организация и методика консультирования людей, живущих с ВИЧ/СПИДом // ВИЧ-инфекция: многообразие аспектов. – 2000. – № 3. – 100 с.
12. В помощь консультанту: Информационно-методический материал по вопросам профилактики ВИЧ/СПИДа среди групп повышенного риска. – Вип. 2. – Полтава, 2000.

13. Айві А. Цілеспрямоване інтерв'ювання та консультування: сприяння розвитку клієнта. Пер. з англ. – К.: Сфера, 1998.
14. Васьківська С.В. Основи психологічного консультування: Навчальний посібник. – К.: Четверта хвиля, 2004. – 256 с.
15. Бурнард Ф. Тренинг навыков консультирования. – СПб.: Питер, 2002.
16. Алешина Ю.Е. Индивидуальное и семейное психологическое консультирование. – М., 1999.
17. Соціальна робота. В 3-х ч. – Ч.3. Робота з конкретними групами клієнтів / За ред. Т.В. Семигіної, І.М. Григи. – К.: Києво-Могилянська академія, 2004.
18. Prochaska J. O., DiClemente C. C. Towards a comprehensive model of change // Treating addictive behaviors, Process of change. – New York: Plenum, 1986.
19. Мотивационное интервьюирование лиц, употребляющих инъекционные наркотики: методические рекомендации для социальных работников программ профилактики ВИЧ/СПИД. – Международный Альянс по ВИЧ/СПИД. – К., 2004. – 108 с.
20. Вачков И.В. Основы технологии группового тренинга. Психотехники. – М., 2000. – 224 с.
21. Katz A.H., Bender E.I. The Strength in Us: Self-Help Groups in the Modern World: New Viewpoints. -New York: Franklin Watts, 1976.